

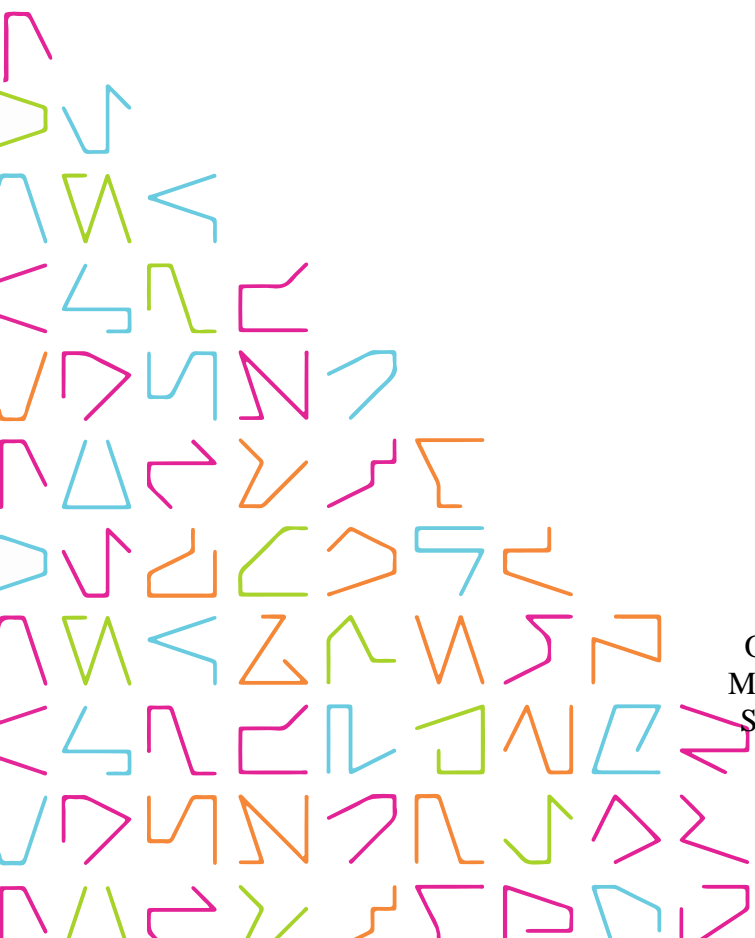


TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

HAIPRO-AINEISTON ANALYYSI – TIEDONKULKUUN JA TIEDONHALLINTAAN LIITTYVÄT HAITTATAPAHTUMAT

Jenna Lamminmäki

Oskari Puisto



Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017
Sairaanhoitaja

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Perioperatiivisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

LAMMINMÄKI JENNA & PUISTO OSKARI:

HaiPro-aineiston analyysi – Tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät haattatapahtumat

Opinnäytetyö 63 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Maaliskuu 2017

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata erään sairaalan HaiPro –ilmoituksia vuodelta 2015, jotka liittyivät tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan. Tehtävänä oli selvittää millaisia tiedonhallintaan liittyviä läheltä piti -tilanteita ja haattatapahtumia HaiPro-ilmoitusten perusteella tapahtui sekä kertoa erilaisia tekijöitä tiedonkulun haasteisiin liittyen.

Tulosten perusteella voidaan antaa sairaalalle kehittämisohdotuksia tai jatkotutkimusaiheita ongelmakohtien selvittämiseksi ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Opinnäytetyöllä halutaan kehittää sosiaali- ja terveystalveluja. Tutkimusaineisto koostui vuoden 2015 tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä vaaratapahtumailmoituksista, jotka oli kirjattu HaiPro -raportointijärjestelmään. Analysoitavia ilmoituksia oli yhteensä 79. Opinnäytetyössä käytettiin laadullisen aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmää.

Opinnäytetyön tuloksien perusteella tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä vaaratapahtumia raportoitiin eniten potilaan hoitotietoihin ja kirjauksiin liittyvistä tekijöistä, hoitohenkilökunnan kommunikointiin liittyvistä puutteista, potilasohjaukseen liittyvistä sekä henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvistä haattatapahtumista. Haattatapahtumailmoitusten tapahtumapaikaksi kirjattiin eniten päivystyksestä ja ensiavusta.

Tiedonkulun ja tiedonhallinnan haattatapahtumat koostuvat hoidon jatkuvuuteen liittyvistä tekijöistä ja tapahtumista, työn organisointiin liittyvistä tapahtumista ja tietojärjestelmiin liittyvistä tapahtumista. Yleisimpiä haattatapahtumiin liittyviä tekijöitä olivat puutteelliset potilaan hoitotiedot tai –kirjaukset, hoitohenkilökunnan kommunikointiin liittyvät epäselvyydet tai puutteet ja henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvät tapahtumat.

Tuloksissa kävi ilmi, että useimmat haattatapahtumat pitivät sisällään hoitokirjauksista ja kommunikointin puutteesta johtuvia tekijöitä sekä organisaation toiminnasta johtuvia syitä. Jatkossa olisi tärkeää, että haattatapahtumia raportoitaisiin, jotta niistä voitaisiin oppia. Näiden avulla haattatapahtumat tulevat tietoisuuteen ja niitä pystyttäisiin ehkäisemään. Tulevaisuudessa olisi tärkeää kehittää koko sairaalan yhteisiä toimintatapoja ja saada lisäkoulutusta varsinkin hoitotyön kirjaamisessa ja raportoinnissa. Jokaisen yksikön pitäisi saada tai noudattaa standardoituja toimintatapoja niin raportoinnissa kuin kirjaamisessa.

Asiasanat: haattatapahtuma, tiedonkulku, tiedonhallinta, läheltä piti -tilanne, potilasturvallisuus, HaiPro-vaaratapahtumailmoitus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Operative- and anesthesiologic Nursing

LAMMINMÄKI JENNA & PUISTO OSKARI:

Analysis of HaiPro Data – Adverse events Related to Information flow and Control

Bachelor's thesis 63 pages, appendices 15 pages

March 2017

The objective of this Bachelor's thesis was to describe the adverse events of a specific hospital regarding the flow of information. The adverse events were from the year 2015. Based on the results of this Bachelor's thesis the authors of this Bachelor's thesis are able to give improvement suggestions and follow-up study suggestions to the working life connection, who came up with the idea for this Bachelor's thesis in the first place. A qualitative research method was used to analyse 79 different adverse event notices. Data-based content analysis was used in this Bachelors' thesis.

The results show that the most reported adverse events were related to patients' medical healthcare entries, the lack of communication among the nursing staff, the lack of patient guidance and the problems the nursing staff had with professionalism. The adverse events were mostly reported in the ER. The adverse events regarding the flow of information dealt with issues such as the continuity of nursing and healthcare, structuring the nursing work and problems related to data system.

In the future it is important to report these adverse events so that it is possible to learn from them. With the help of reporting, the adverse events become acknowledged and therefore preventable. It is also important to improve the joint practices of the whole hospital and to educate the nursing staff especially in reporting and in writing medical and healthcare entries. Every individual unit in the hospital should follow the standardized practices.

Key words: information flow, patient safety incident, adverse event, near miss, patient safety, HaiPro

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET	8
2.1	Tarkoitus	8
2.2	Tehtävät	8
2.3	Tavoitteet	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Tiedonhallinta ja tiedonkulku hoitotyössä	9
3.1.1	Hoitotietojen kirjaaminen.....	10
3.1.2	Hoitotyön suullinen raportointi	10
3.2	Potilasturvallisuus tiedonkulun näkökulmasta.....	11
3.3	Vaaratapahtuma hoitotyössä	11
3.4	HaiPro-vaaratapahtumailmoitus	11
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	13
4.1	Opinnäytetyön pohjana käytetty aineisto.....	13
4.2	Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	14
4.2.1	Redusointi	14
4.2.2	Klusterointi.....	15
4.2.3	Abstrahointi.....	16
5	TULOKSET	20
5.1	Haittatapahtumien tapahtumapaikat	20
5.2	Hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat.....	21
5.2.1	Potilasohjaukseen liittyvät ongelmat.....	21
5.2.2	Hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet	22
5.2.3	Hoidon toteutukseen liittyvät ongelmat	23
5.2.4	Potilasrannekkeen tai lähetteen sisältöön liittyvät virheet	24
5.2.5	Puutteelliset potilaan hoitotiedot tai -kirjaukset.....	25
5.3	Työn organisointiin liittyvät tapahtumat.....	27
5.3.1	Henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvät haittatapahtumat	28
5.3.2	Työn organisoinnin puutteet	30
5.3.3	Hoidon suunnitteluun liittyvät ongelmat.....	31
5.4	Tietojärjestelmiin liittyvät tapahtumat.....	32
5.4.1	Tietojärjestelmien ongelmat.....	32
5.4.2	Laiteviat.....	33
6	TULOKSET YHTEENVETOKUVIONA	34
7	POHDINTA.....	36

7.1	Luotettavuus ja eettisyys.....	36
7.2	Tulosten tarkastelu	39
7.3	Johtopäätökset, hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	42
8	LOPUKSI	44
	LÄHTEET	45

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuus on keskeinen osa korkealaatuisen ja vaikuttavan hoidon laatua. Kuitenkin eri puolilta maailmaa kerätyistä tutkimuksista ilmenee, että terveydenhuoltoon tulevista potilaista 5-10 % kokee hoitoon liittyvän haittatapahtuman. Noin prosentilla potilaista haitta aiheutti pysyvän vamman tai kuoleman. (Kurronen 2011.)

Tiedonkulku on etenevä prosessi, jota täytyy jatkuvasti kehittää. Jokaisella hoitohenkilökunnan jäsenellä on henkilökohtainen vastuu tiedonkulusta. Hoitohenkilökunnalla täytyy olla kaikki se tieto käytössään, mikä on oleellista potilaan hoidon toteuttamisessa ja onnistumisessa. (Koivukoski & Palomäki 2009, 59.)

Kommunikaation puutteen takana voivat olla monimutkaiset organisaation sisäiset kulttuuriset, viralliset sekä epäviralliset ammattiryhmien väliset suhteet ja historialliset näkemykset ammattiryhmien välisestä hierarkiasta. Potilaan turvallisuutta vaarantavat esimerkiksi tilanteet, joissa havaitaan sääntöjen rikkomista, virheitä, erehtymisiä ja puutteita ammattitaidossa sekä tiimityössä eikä ongelmista uskalleta kertoa. (Kinnunen ym. 2009, 86.)

Tiedonkulkuun liittyvät haittatapahtumat voitaisiin monesti ennaltaehkäistä ja tällaiset tilanteet ovat usein tunnistettavissa. Tiedonhallintaa ajatellessa on otettava huomioon tiedon laatu, tiedon tärkeys ja oleellisuus sekä tiedon kulun suunta (Kurronen 2011). Haittatapahtuma on inhimillisestä erehdyksestä sattunut tapahtuma, josta koituu potilaalle tai henkilökunnalle eriasteista haittaa tai vahinkoa. Näiden virheiden tilastoimiseksi on kehitetty potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien HaiPro -työkalu (THL 2013). Jotta potilasturvallisuus voi kehittyä terveydenhuollon yksiköissä, on vaaratapahtumien ilmoittaminen oltava perusedellytys ja sen tekemisen on oltava helppoa ja yksinkertaista (THL 2015).

Haittatapahtuman voi aiheuttaa esimerkiksi lääkelistan puutteellisuus. Tämä saattaa johtaa väärinkäsitykseen potilaan lääkityksestä ja sitä kautta virheeseen, joka voi aiheuttaa haitan potilaalle. Tiedonkulkuun liittyvät haasteet konkretisoituvat varsinkin yksiköiden tai organisaatioiden vaihtuessa, esimerkiksi jos potilas tulee päivystyksestä vuodeosastolle. (Helovuori, Kinnunen, Kuosmanen & Peltomaa 2015.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa erään sairaalan tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvistä haittatapahtumista, jotka on kirjattu HaiPro -järjestelmään. Opinnäytetyön aiheen pohjalta opinnäytetyön tekijät oppivat tunnistamaan tilanteita, joissa tiedonhallintaan liittyviä läheltä piti- ja haittatapahtumia voi tapahtua ja näin ollen opinnäytetyön tekijät osaavat olla varautuneita näihin tilanteisiin paremmin tulevaisuudessa. Tämä on haaste jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

2.1 Tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tiedonhallintaan liittyviä läheltä piti -tilanteita ja haittatapahtumia erään sairaalan vuoden 2015 HaiPro -aineiston pohjalta.

2.2 Tehtävät

Opinnäytetyö vastaa seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaisia tiedonhallintaan liittyviä läheltä piti -tilanteita ja haittatapahtumia HaiPro -ilmoitusten perusteella tapahtui?
2. Millaisia tekijöitä on kirjattu tiedonkulun haasteisiin liittyen?

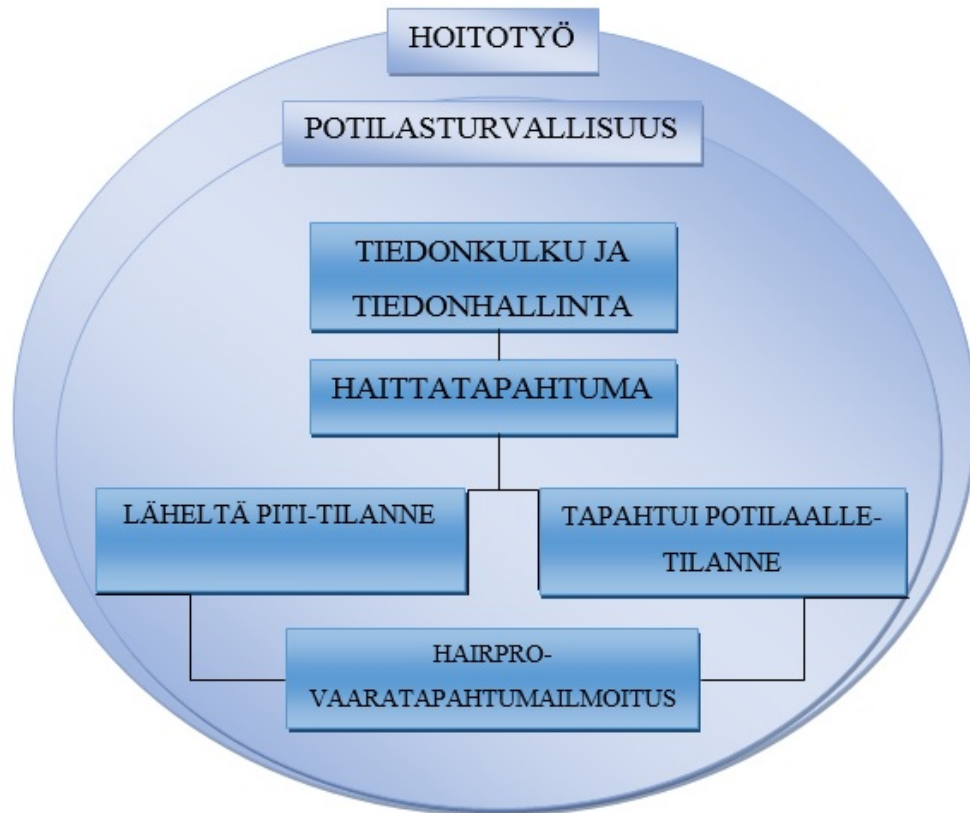
2.3 Tavoitteet

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja toteuttaessa potilasturvallisuutta tukevia toimia. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitotyön yleisimmät haittatapahtumat voidaan tunnistaa ajoissa, jolloin niitä voidaan ennaltaehkäistä tai saada lisää koulutusta aiheista. Opinnäytetyön tuloksia voidaan myös käyttää muissa hoitoyksiköissä suurimmilta osin koulutuksen sekä perehdytyksen apuvälineenä tilanteiden tunnistamisen ja välttämisen näkökulmasta.

Opinnäytetyön avulla opinnäytetyön tekijät kehittävät myös omaa ammattiosaamistaan ja tiedostavat, kuinka tärkeää jokaisessa vaara- tai läheltä piti -tilanteessa on tehdä HaiPro -ilmoitus. Opinnäytetyö avaa opinnäytetyön tekijöille uusia näkökulmia potilasturvallisuudesta. Opinnäytetyö opettaa myös ajankäytön organisointia ja tiimityöskentelytaitoja. Lisäksi opinnäytetyön tekijät saavat lisää tietoa HaiPro:n käytöstä ja voivat itsekin työelämässä rohkaista muita hoitotyöntekijöitä tekemään HaiPro -ilmoituksen ja ohjata sen käytössä.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tärkeimmät avainsanat ja käsitteet ovat tiedonhallinta ja tiedonkulku. Lisäksi tärkeiksi avainsanoiksi näiden lisäksi tunnistettiin haittatapahtuma, läheltä piti -tilanne, potilasturvallisuus sekä HaiPro-vaaratapahtumailmoitus.



KUVIO 1. Tiedonhallinnan ulottuvuudet.

3.1 Tiedonhallinta ja tiedonkulku hoitotyössä

Terveystieteiden toiminnassa tiedon käyttö, välittäminen, tallettaminen ja uudelleen käyttö ovat jokapäiväistä. Hoitotyön tiedonhallinta tarkoittaa kansainvälisen hoitotyön tiedonhallinnan asiantuntijaverkoston (International Medical Informatics Association – Special Interest Group for Nursing Informatics) mukaan hoitotyön ja siihen liittyvän tiedon ja hallinnan yhdistämistä viestintätekniikan ja tietojenkäsittelyn avulla. Sen tavoitteena ja päämääränä on tuloksellinen toiminta, ylläpito ja tiedon tuottaminen toimintayksikölle. (Saranto ym. 2007, 25-26.)

Yleisesti määriteltynä viestintä on lähettäjän ja vastaanottajan kesken erilaisten sanomien vaihtamista. Viestinnän yksinkertaisessa mallissa on kuvattu seuraavia osatekijöitä: sanoma, lähettäjä, vastaanottaja, viestinnän kanava, sisäisiä ja ulkoisia häiriöitä sekä mahdollinen palaute. Viestien välityksellä tapahtuu sosiaalista vuorovaikutusta ja ihmiset kommunikoivat saadakseen haluamansa viestin perille. (Kurronen 2011.) Tiedonkulku on sosiaali- ja terveysalalla sisäistä viestintää, joka tarkoittaa sekä suullista että kirjallista viestintää ammattihenkilöiden kesken (Kurronen 2011).

3.1.1 Hoitotietojen kirjaaminen

Hoitotietojen kirjaamisen pitää noudattaa asetuksia ja lakeja. Lainmukainen tiedonhallinta toimintayksikössä tarkoittaa, että tieto on ajankohtaista ja tietoa saavat oikeat henkilöt, oikealla hetkellä ja riittävässä laajuudessa. Lainsäädännön tarkoituksena on varmistaa, että henkilöä koskevassa toiminnassa ja päätöksenteossa käytetään vain sellaisia tietoja, jotka ovat tarpeellisia ja virheettömiä. (Saranto ym. 2007, 18.)

Kirjaamisella tarkoitetaan tietojen merkitsemistä, kokoamista sekä luettelointia. Kirjaamisen avulla varmistetaan hoidon jatkuvuus, hoitohenkilökunnan oikeusturva ja että potilas saa tarvitsemansa hoidon. Kirjaaminen turvaa potilaan hoitoa ja terveydentilaa koskevan tiedonsaannin, varmistaa toteutetun hoidon ja mahdollistaa hoidon arvioinnin. (Kassara ym. 2004, 55.)

3.1.2 Hoitotyön suullinen raportointi

Suullisen tiedottamisen eli raportoinnin tehtävänä ja tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus, kun henkilökunnan työvuorot vaihtuvat tai kun potilas siirretään hoitoyksiköstä toiseen (Kassara ym. 2004, 63). Suullinen raportointi on yleisimmin käytetty viestinnän muoto työvuorojen vaihtuessa. Suullisen tiedottamisen ongelmia ovat erityisesti viestin sisällön ymmärtäminen ja vastaanottajan kyky ymmärtää viesti. Lisäksi viestinnän keskeytyminen, esimerkiksi puhelimen soiminen, on suullisen tiedottamisen ongelma. (Saranto ym. 2007, 159.)

3.2 Potilasturvallisuus tiedonkulun näkökulmasta

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan potilasturvallisuus käsittää terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa turvallinen hoito sekä suojella potilasta vahingoittumiselta. Potilasturvallisuuteen liittyy hoito-, lääke- ja laiteturvallisuus ja on tärkeänä osana hoidon laatua. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa, & Pennanen 2012, 13, 15.) Potilasturvallisuus tarkoittaa potilaan näkökulmasta sitä, että potilas saa oikeaa hoitoa, oikeaan aikaan, oikealla tavalla ja hoidosta aiheutuu potilaalle mahdollisimman vähän haittaa (THL 2013).

Tiedonhallinnalliset ja tiedon kulkemiseen liittyvät ongelmakohdat ovat vakava haaste potilasturvallisuuden kannalta. Muita syitä jotka saattavat vaikuttaa tiedonkulkuun liittyviin ongelmiin ovat muun muassa kiire, hoitohenkilökunnan välinpitämättömyys, vähäinen henkilökunta tai tietojärjestelmän kaatuminen (Kurronen 2011).

3.3 Vaaratapahtuma hoitotyössä

Vaaratapahtuma tarkoittaa potilaan turvallisuutta vaarantavaa tapahtumaa, joka aiheuttaa tai saattaa aiheuttaa haittaa potilaalle. Haitta voi olla potilaalle tilapäinen tai pysyvä ei-toivottu vaikutus. Nämä haitat voivat olla psyykkisiä, fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia. Haitan voi todeta hoitohenkilökunta tai potilas voi kokea haitan itse. Vaaratapahtumat jaetaan haittapahtumiin ja läheltä piti -tapahtumiin. Läheltä piti -tapahtuma on vaaratapahtuma, joka olisi saattanut aiheuttaa haittaa potilaalle. Tätä haittaa ei kuitenkaan tapahtunut joko sattumalta tai siksi, että vaaratilanne tai poikkeama havaittiin ajoissa ja haitalliset seuraukset voitiin estää ajoissa. (Knuuttila, Ruuhilehto & Wallenius 2007; Kuisma 2010.)

3.4 HaiPro-vaaratapahtumailmoitus

HaiPro on sähköisessä muodossa oleva potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiohjelma. HaiPro -työkalua käytetään ympäri Suomea yli 200:ssa sosiaali- ja terveydenhuollon yksikössä. HaiPro -työkalun tarkoituksena on kehittää eri yksiköissä tapahtuvaa toimintaa. Tapahtuneiden vaaratapahtumien pohjalta saadut tiedot ja opit voidaan hyödyntää koulutusmielessä ja näiden tietojen avulla terveydenhuollon johto saa informaatiota yksiköiden varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden eri vaikutuksista.

HaiPro-ilmoitusten tekeminen perustuu vapaaehtoisuuteen sekä luottamuksellisuuteen, ja niissä pyritään vaaratapahtumien rehelliseen ja syyttelemättömään ilmoittamiseen ja käsittelyyn. (Awanic Oy 2016.) HaiPro-ilmoitukset tässä opinnäytetyössä tarkoittavat tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyviä häiritsevyyksiä sekä läheltä piti -tilanteita.

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen aineistolähtöinen induktiivinen sisällönanalyysi. Induktiivisella tutkimuksen tulkintatavalla tarkoitetaan yksittäisen asian tai ilmiön johdattelemista yleiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95).

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa menetelmässä keskeisimmässä roolissa tässä opinnäytetyössä ovat hoitoympäristön sekä hoitoprosessin vaihe ja hoidon jatkuvuuden näkökulma. Kvalitatiivisen tutkimusmenetelmän avulla pystytään tarkastelemaan pieniä otoksia ja niiden pohjalta selvittää ilmiöitä ja elämää itseään (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

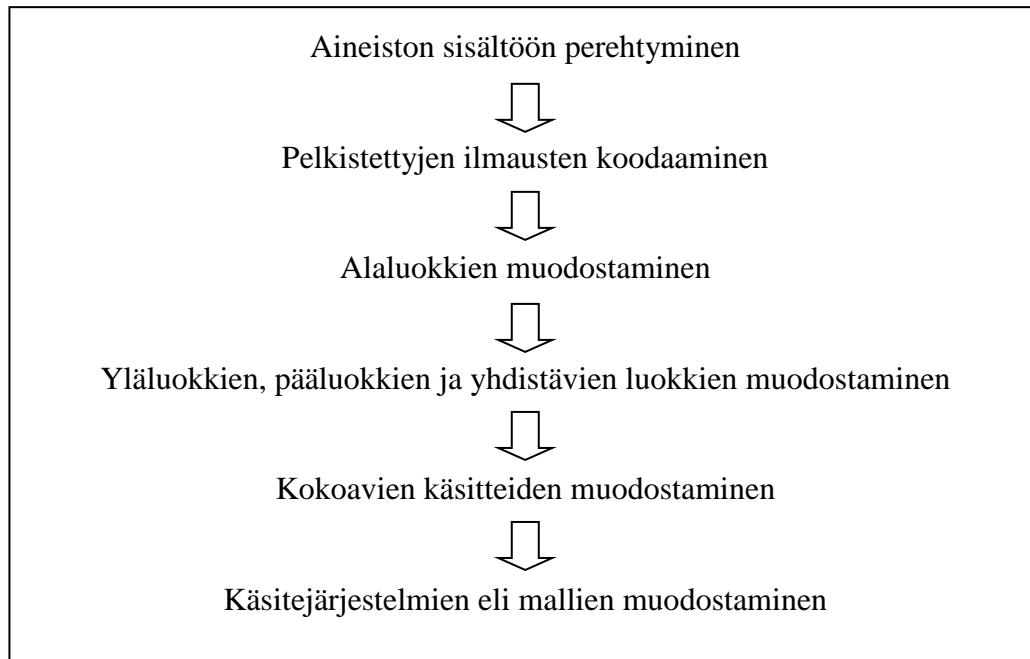
4.1 Opinnäytetyön pohjana käytetty aineisto

HaiPro-ilmoitukset tehtiin eräässä sairaalassa, jossa toimii erikoisalojen vastaanottoja, kuten yleiskirurgia, ortopedia, urologia, gastroenterologiset sairaudet, verisuonikirurgia, naistentaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit. Lisäksi sairaalasta löytyy unipoliklinikka ja sisätaudit, jonka yhteydessä toimivat dialyysiyksikkö, endokrinologia, reumasairaudet, hematologia ja neurologia. Sairaala tarjoaa polikliinistä hoitoa ja vuodeosastohoitoa sekä päiväkirurgisia- ja lyhytjälkihoitoisia leikkauksia. Ensiapupoliklinikan tiloissa toimii sekä erikoissairaanhoidon päivystys että terveyskeskusten yhteispäivystys. Terveyskeskuksen yhteispäivystys on avoinna myös ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin. Ensiavun yhteydessä toimii myös sydänvalvonta. Sairaalassa on saatavissa laboratorio- ja röntgenpalvelut.

Aineistona opinnäytetyölle toimii 79 kappaletta (N=79) vuoden 2015 tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyvää haittatapahtumaa sekä läheltä piti -tilannetta. Opinnäytetyötä varten käytettävä aineisto saatiin valmiina sairaalan taholta. Kaikki vuoden 2015 tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyvät haittatapahtumat ovat mukana opinnäytetyön aineistona. HaiPro -raporteista ilmeni vaaratapahtuman kuvaus, siihen liittyvät tekijät, ehdotuksia toimenpiteiksi, joilla tapahtuma voitaisiin estää sekä kuvaus korjaavien toimenpiteiden toteuttamisesta.

4.2 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluvat aineiston redusointi, klusterointi sekä abstrahointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112).



KUVIO 2. Sisällönanalyysiprosessi aineiston analyysissä.

4.2.1 Redusointi

Aineiston redusoinnilla tarkoitetaan aineiston pilkkomista osiin ja aineiston pelkistämistä. Riippuen tutkimukseen käytettävästä aineistosta, teksti joko tiivistetään tai pilkotaan, karsien tutkimuksen kannalta epäolennaiset asiat pois. Aineiston pelkistämistä eli redusointia ohjaa tutkimustehtävä, jonka avulla aineisto pelkistetään Silvastin (2014, 37) mukaan koodeiksi tai luokituksiksi. Alkuperäistekstistä nostetut luokitukset kirjataan ylös erilliselle paperille tai tiedostolle, jonka jälkeen niitä pystytään työstämään eteenpäin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Redusointi eli pelkistäminen aloitettiin alleviivaamalla HaiPro -ilmoituksista olennaiset osiot, jotka liittyivät tiedonkulkuun tai tiedonhallintaan. Yksittäisistä HaiPro -ilmoituksista saattoi tulla useampi kuin yksi alleviivattu ilmaus tai lause, jotka kirjattiin erilliselle tiedostolle tietokoneelle. Alkuperäisten ilmauksien kirjaamisen jälkeen aloitettiin pelkistettyjen ilmauksien muodostaminen ja pohdinta. Ilmaukset muodostettiin tarkastelemalla

alkuperäistä ilmaisua tai lausetta ja kirjaamalla tästä keskeisin sisältö pelkistettyyn muotoon. Pelkistetyt ilmaiset kirjattiin erilliselle tiedostolle tietokoneelle.

Esimerkki 1. (kts. LIITE 1)

ALKUPERÄINEN ILMAISU: *''Tiistai aamuna yritetty saada lääkäriä hyväksymään lääketilaus, mutta sairaalassa ei arkipäivänä aamulla ole ollut lääkäriä, kellä olisi e-medi tunnukset''* PELKISTYS: *''Paikalla ei ollut lääkäriä jolla olisi tunnukset lääketilausta varten''*

Esimerkki 2. (kts. LIITE 1)

ALKUPERÄINEN ILMAISU: *''Suunniteltu lääkäri sairastunut, tilalle tullut lääkäri ei tiennyt, että tarvitsee tulla klo 8''* PELKISTYS: *''Lääkäri ei tiennyt milloin pitäisi saapua paikalle.'''*

4.2.2 Klusterointi

Aineiston klusterointi tarkoittaa alkuperäisaineiston tarkkaa läpikäymistä, jonka aikana etsitään aineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Tämän avulla samoja asioita tarkoittavat käsitteet eli redusoinnin avulla tehdyt luokitukset voidaan alkuperäisaineistosta ryhmitellä ja nimetä erilaisiksi luokiksi niiden sisällön perusteella niitä kuvaavalla tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.)

Tässä opinnäytetyössä etsittiin pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja luokiteltiin tilanteita kuvaavalla tavalla. Tiedosto, johon kaikki pelkistetyt ilmaukset olivat kirjattu, tulostettiin paperisena versiona, josta opinnäytetyön tekijät leikkelimme kaikki pelkistetyt ilmaukset erillisiksi paperipaloiksi.

Pelkistetyistä ilmauksista lähdettiin etsimään yhdistäviä tekijöitä ja samankaltaisuuksia, jonka tuloksena paperiversiot pelkistetyistä ilmauksista aseteltiin niiden sisältöä kuvaavien otsikoiden alle, jotka muodostettiin pelkistetyksiä kuvaavalla tavalla. Klusteroinnin tuloksena alaluokkia syntyi 22 kappaletta. Alaluokista esimerkkeinä ovat epäselvät tai puutteelliset potilasohjeet, joita olivat tilanteet, joissa potilasta oli ohjattu väärin tai esimerkiksi potilaan omaiselle ei oltu annettu ohjeita tilanteen vaatimalla tavalla. Toinen esimerkki alaluokista on läheteisiin liittyvät ongelmat, joita olivat esimerkiksi tilanteet

joissa potilaalla ei ollut mukana lähetettä, lähete oli lähetetty vahingossa väärälle hoitotaholle tai potilaalle ei oltu tehty lähetettä. Kolmas esimerkki alaluokista on tietojärjestelmien kaatuminen. Näissä tilanteissa tietoliikenne- ja sisäinen puhelinjärjestelmä oli kaatunut kokonaan. Virheellinen tai puutteellinen hoitohenkilökunnan kommunikointi on myös yksi esimerkki alaluokista. Näissä tilanteissa oli tapahtumia, joissa esimerkiksi potilaasta raportointi potilassiirron yhteydessä oli puutteellinen tai hoitohenkilökunnan keskeinen kommunikointi potilaiden tilanteesta ja hoidosta oli puutteellista.

Esimerkki 3. (kts. LIITE 1 ja TAULUKKO 1)

PELKISTYS ”*Paikalla ei ollut lääkäreitä jolla olisi tunnukset lääketilausta varten*” ALALUOKKA: ”*Tunnuksien puuttuminen*”

Esimerkki 4. (kts. LIITE 1 ja TAULUKKO 1)

PELKISTYS: ”*Lääkäri ei tiennyt milloin pitäisi saapua paikalle.*” ALALUOKKA: ”*Virheellinen tai puutteellinen hoitohenkilökunnan kommunikointi*”

4.2.3 Abstrahointi

Aineiston abstrahoinnilla tarkoitetaan tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon erottamista alkuperäistekstistä. Tämän avulla muodostetaan teoreettista käsitteistöä. Abstrahoinnilla pyritään yhdistelemään mahdollisimman paljon eri luokituksia, niin pitkälle kuin aineiston kannalta on mahdollista. Abstrahoinnin tuloksena on alaluokista muodostettu yläluokka ja edelleen yläluokista muodostettu hyvin pelkistetty pääluokka. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111.) Aineiston abstrahointi siis pyrkii luomaan teemoja, jotka ovat laajempia asiakokonaisuuksia tai aineistosta löytyneitä yhtenäisiä aihepiirteitä. Teemojen tärkeä tehtävä on yhtenäistää aineiston eri luokituksia, jolloin niitä voidaan tarkastella tutkimusongelman näkökulmasta tarkemmin. Teemoittelu luo myös mahdollisuuden huomata turhia ja merkityksettömiä luokituksia tutkimusongelman näkökulmasta, jolloin niitä voi jättää pois lopullisesta tutkimuksesta. (Silvasti 2014, 45.)

Opinnäytetyössä abstrahointia eli yläluokkien muodostamista pohdittiin tarkasti alaluokkien sisällön eli klusteroinnin tulosten perusteella. Yläluokkien nimeäminen tapahtui tarkastelemalla kaikkia alaluokkia, jotka oli valittu kyseisen yläluokan alle. Yläluokkien luonnetta pohdittiin alaluokkien sisällöllisten aiheiden kautta. Yläluokille oli annettu alustavat ”työstönimet”, jotka olivat hyvin yksinkertaisia kuten ohjeistus, informaatio

tai kirjaus. Lopulliset yläluokkien nimet luotiin alaluokkia kuvaavasti ja niihin sisällytetään kaikki näiden yläluokkien alle laitettut alaluokat. Yläluokkia muodostettiin 10 kappaletta. Näitä luokkia olivat esimerkiksi potilasohjaukseen liittyvät ongelmat, hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet ja hoidon suunnitteluun liittyvät ongelmat.

Yläluokkien lisäksi luotiin vielä kolme kappaletta yläluokkia jäsenteleviä luokkia, joita olivat hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat, työn organisointiin liittyvät tapahtumat ja tietojärjestelmiin liittyvät tapahtumat. Nämä luokat luotiin selkeyttämään yläluokkia ja niiden luonnehdintaa.

Esimerkki 5. (kts. LIITE 1 ja TAULUKKO 1)

PELKISTYS: *”Lääkäri ei tiennyt milloin pitäisi saapua paikalle.”*

ALALUOKKA: *”Virheellinen tai puutteellinen hoitohenkilökunnan kommunikointi”*

YLÄLUOKKA: *”Hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet.”*

YLÄLUOKKIA JÄSENTELEVÄ LUOKKA: *”Työn organisointiin liittyvät tekijät”*

PÄÄLUOKKA: *”Tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyvät haittatapahtumat.”*

Seuraavalla sivulla on nähtävissä taulukko (TAULUKKO 1), jossa on kirjattuna alaluokat, yläluokat, yläluokkia jäsentelevät luokat sekä pääluokka. Alkuperäiset ilmaukset sekä niistä tehdyt pelkistetyt ilmaukset ovat nähtävissä liitteissä (LIITE 1).

TAULUKKO 1. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyvissä HaiPro-haittatapahtuma ilmoituksissa.

ALALUOKAT	YLÄLUOKAT	YLÄLUOKKIA JÄSENTELEVÄT LUOKAT	PÄÄLUOKKA
Epäselvät tai puutteelliset potilasohjeet	Potilasohjaukseen liittyvät ongelmat	Hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat	Tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyvät haittatapahtumat
Virheellinen tai puutteellinen hoitohenkilökunnan kommunikointi Potilassiirtoihin liittyvät ongelmat	Hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet		
Tarkistuslistan lopputarkistus tekemättä Lääkevirhe	Hoidon toteutukseen liittyvät ongelmat		
Potilasrannekkeen puuttuminen tai väärä potilasranneke Lähetteisiin liittyvät ongelmat	Potilasrannekkeen tai lähetteen sisältöön liittyvät virheet		
Puutteelliset tai virheelliset kirjaukset Virheellinen tai puutteellinen lääkekirjaus Epikriisin puuttuminen Puutteellinen tieto lääkityksestä Puutteellinen lääkelista	Puutteelliset potilaan hoitotiedot tai –kirjaukset		

Puutteellinen tieto omasta työnkuvasta Työtehtävien laimin- lyönti Kiire ja riittämätön hoito- henkilökuntaresurssi Henkilökemiat	Henkilökunnan ammatil- lisuuteen liittyvät haittata- pahtumat	Työn organisoin- tiin liittyvät tapah- tumat	
Toimenpiteeseen soveltu- maton pora Aamunäytteenottoa ei suunniteltu	Hoidon suunnitteluun liit- tyvät ongelmat		
Tunnuksien puuttuminen Henkilökunnan tavoitta- mattomuus	Työn organisoinnin on- gelmat		
Laitteiden toimimatto- muus	Laiteviat	Tietojärjestelmiin liittyvät tapahtu- mat	
Tietojärjestelmien kaatu- minen	Tietojärjestelmien ongel- mat		

5 TULOKSET

5.1 Haittatapahtumien tapahtumapaikat

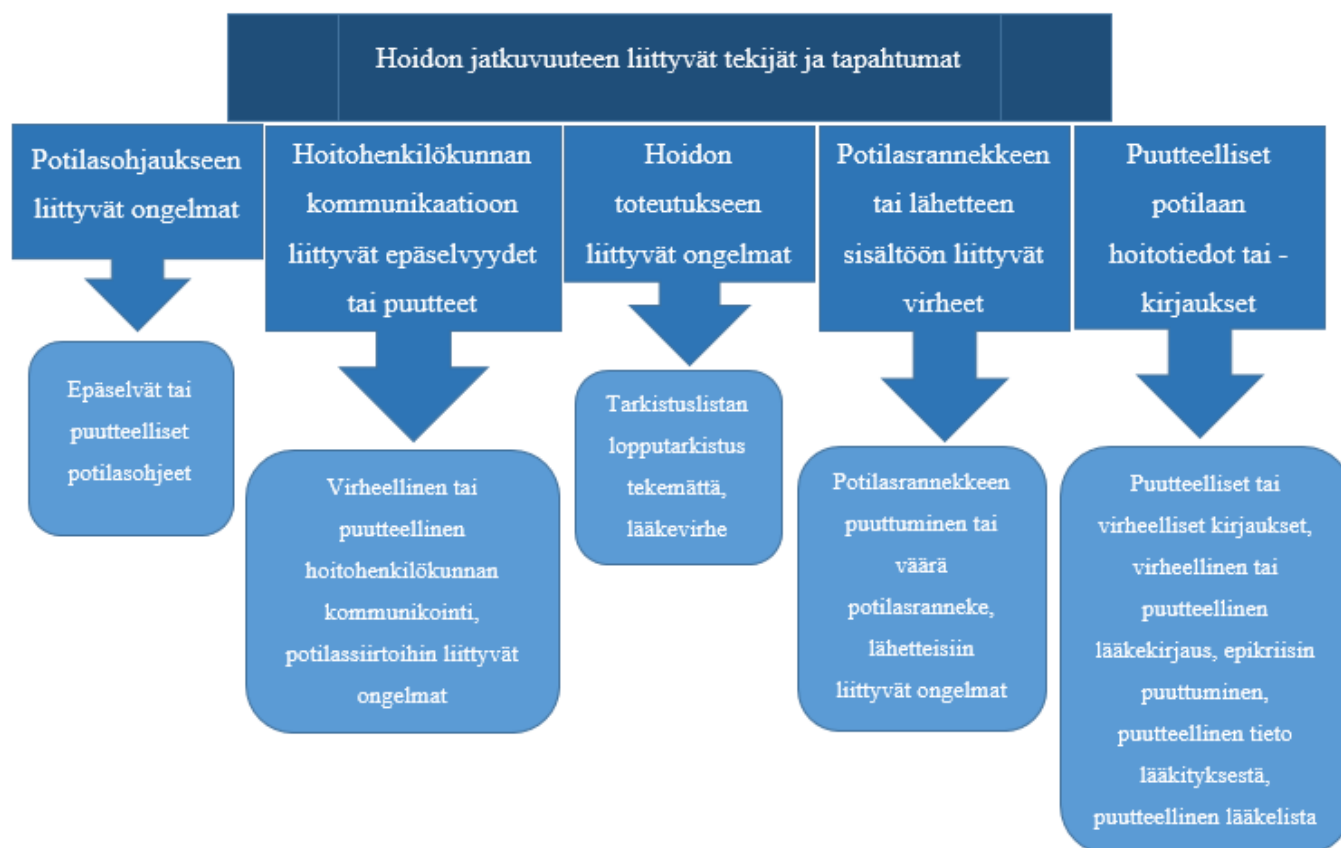
Tarkasteltaessa haittatapahtumien tapahtumapaikkoja, eniten haittatapahtumia tapahtui päivystys- ja ensiavun alueella (n= 23). Toiseksi eniten haittatapahtumia tapahtui terveyskeskuksen päivystyksessä (n=21) ja kolmanneksi eniten haittatapahtumia tapahtui sisätautien vuodeosastolla (n=11). Leikkausosastolla ja kirurgian osastolla haittatapahtumia tapahtui seuraavaksi eniten (leikkausosasto n=8, kirurgian osasto n=7). Seuraavaksi eniten haittatapahtumia tapahtui valvontaosastolla (n=4). Kirurgian poliklinikalla haittatapahtumia tapahtui kaksi kappaletta (n=2). Sisätautien poliklinikalla, gastroenterologian poliklinikalla sekä dialyysissä tapahtui vain yksittäisiä haittatapahtumia.

TAULUKKO 2. Haittatapahtumien tapahtumapaikat.

Tapahtumapaikka	N= 79	%
Päivystys ja ensiapu	23	29
Päivystys, terveyskeskus	21	27
Sisätautien vuodeosasto	11	14
Leikkausosasto	8	10
Kirurgian osasto	7	9
Valvontaosasto	4	5
Kirurgian poliklinikka	2	3
Sisätautien poliklinikka	1	1
Gastroenterologian poliklinikka	1	1
Dialyysi	1	1

5.2 Hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat

Hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat toimivat yläluokkia jäsentelevänä luokkana. Tämä luokka pitää sisällään potilasohjaukseen liittyvät ongelmat, hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet, hoidon toteutukseen liittyvät ongelmat, potilasrannekkeen tai lähetteen virheellisyys tai puuttuminen ja puutteelliset potilaan hoitotiedot tai -kirjaukset.



KUVIO 3. Hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat. Sisällönanalyysin jäsentävä luokka ja sen ylä- ja alaluokat.

5.2.1 Potilasohjaukseen liittyvät ongelmat

Potilasohjaukseen liittyviä ongelmia olivat epäselvät tai puutteellisesti toteutetut potilasohjaukset, joista aiheutui eriasteista haittaa potilaille. Potilasohjaukseen liittyviä haittataapahtumia tapahtui poliklinikoilla ja päivystyksessä. Ohjeiden puutteellisuus aiheutti lisätyötä tai haittaa hoitohenkilökunnalle kuten esimerkiksi imagohaittaa. Näistä tapahtu-

mista koitui lisätyötä hoitohenkilökunnalle. Esimerkiksi tapahtumasta jouduttiin tiedottamaan eteenpäin tai ohjeistuksia jouduttiin tarkistamaan tai selkeyttämään. Kaikissa potilasohjaukseen liittyvissä ongelmissa hoidon jatkuvuus on katkennut tai häiriintynyt tapahtumien seurauksena.

Vesirokkaisen lapsen äiti oli soittanut yhteispäivystykseen kun lapsella silmässä vesirokkonäppylää. Äidille ei oltu kerrottu, että hänen pitäisi autosta soittaa kun päivystykseen on saapunut, jotta hoitaja voisi tulla ulos vastaan ja ohjata eristys-huoneeseen suoraan. Äiti oli käynyt istumaan pääaulaan ja ottanut vuoronumeron. Triagehoitajalla ei edes tietoa että vesirokkoinen lapsi tulossa.

Potilasohjaukseen liittyvissä haittatapahtumissa raportoitiin tilanne, jossa muistisairas potilas joutui yöpymään asuntolansa käytävillä. Ohjeistukset häntä saattavalle henkilölle eli taksinkuljettajalle olivat puutteelliset ja kotiuttavan tahon vastuunsiirto ei-ammattilaiselle voidaan kyseenalaistaa. Potilaita oli myös saatettu ohjeistaa väärin tai epäselvästi, jonka seurauksena eräässä haittatapahtumassa potilas joutui pitämään kestokatetriä ylimääräiset kolme päivää.

Potilaalle laitettu kestokatetri ja ohjattu poisto viikon kuluttua omalle terveysasemalle. Potilasta ohjattu käymään aikaa varaamatta katetrin poistoon. Potilas tulee katetrin poistoon perjantaina klo 11.20. Katetri jää potilaalle viikonlopun yli, aikaa ei enää perjantaille ollut. Potilaan juoksuttamista ja hoitohenkilökunnalle päiväohjelman muokkausta.

5.2.2 Hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet

Hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvissä epäselvyyksissä tai puutteissa oli tilanteita, joissa hoitohenkilökunnan keskeinen kommunikointi oli puutteellista tai se puuttui kokonaan. Lisäksi hoitohenkilökunnan kommunikoinnin epäselvyys aiheutti ongelmia myös potilassiirroissa.

Haittatapahtumissa raportoitiin tilanteita, joissa lääkärin ohjeet aiheuttivat hoitohenkilökunnalle lisätöitä. Lääkärin kirjoittamiin hoito-ohjeisiin oli kirjattu puutteellinen lääkemääräys, jonka seurauksena hoitohenkilökunta joutui tarkistamaan oleelliset tiedot lääkemääräyksestä jälkikäteen. Toisessa tilanteessa lääkäri oli tehnyt määräykset lääkemuutoksista, mutta kyseiset määräykset eivät välittyneet hoitohenkilökunnalle.

Lääkäri on määrännyt lääkemuutoksia ja verikokeita otettavaksi potilaasta iltapäivällä. Tieto määräyksistä ei ole ollut hoitajilla. Yöhoitaja tehnyt lääkemuutoksen

ja jakanut lääkkeet uuden lääkelistan mukaisesti viikon kerralla. Jos viikkodosetin jako olisi ollut esimerkiksi tiistaina, potilas olisi saanut vääriä lääkkeitä 5 vuorokautta. Heva-hoitajan mukaan lääkäri on tietoinen, että Heva-hoitajilla ei ole samaa potilastietojärjestelmää.

Haittatapahtumissa raportoitiin myös tilanteita, joissa hoitohenkilökunnan kommunikation puutos aiheutti potilaalle hoidon viivästymistä ja turhaa edes takaisin siirtelyä sairaalassa. Tilanteessa potilaan peg-letku oli irronnut hoitojakson aikana vuodeosastolla ja sairaalan päivystyksen lääkäri ei ollut aikaisemmin asentanut peg-letkua, jonka takia päädyttiin peg-letkun asentamiseen vasta seuraavana aamuna.

Potilaalla peg-letku irronnut osastolla iltavuorossa. Potilaasta oli soitettu yhteispäivystykseen heti, jotta peg-letku saataisiin laitettua takaisin. Klo 21.30 yhteispäivystyksestä soitettiin, että potilaan voisi viedä ensiapuun peg-letkun asennukseen. Ensivussa ei kuitenkaan ollut tietoa, että peg-letkun asennus olisi tehtävä ja annettiin ymmärtää, että potilasta ei sinne nyt oteta. Yhteispäivystyksessä uudelleen asioidessamme, vuorossa oleva lääkäri tuli siihen tulokseen, että potilas tulokoon seuraavana aamuna klo 8 peg-letkun vaihtoon. Yövuorossa oleva lääkäri ensiavun puolelta ei ollut kuulemma ennen laittanut peg-letkuja ja ilmeisesti siksi päädyttiin tähän ratkaisuun.

Vuodeosastolta lähdettiin siirtämään potilasta toiselle vuodeosastolle ilman, että lähettävä vuodeosasto olisi ilmoittanut vastaanottavalle vuodeosastolle koko potilaasta, tämän tilanteesta tai hoidosta. Siirto tapahtui potilaskuljettajan toimesta, jolle annettiin ohjeiksi viedä potilas osastolle X. Potilaskuljettajalle annettiin vain lappu, johon oli kirjattu potilaan nimi, mutta ei henkilöturvastunnusta, lääkelistaa tai muita potilastietoja. Potilaan hoidon jatkuvuus viivästyi ja osittain keskeytyi lisäselvittelyjen takia ja potilaspaikan järjestämisessä meni kyseisellä vuodeosastolla aikaa.

Lääkäri ilmoitti hoitohenkilökunnalle, että potilaan epikriisi ja lääkelista tulevat sähköiseen muotoon vasta aamulla sihteerin saavuttua töihin. Hoitohenkilökunta joutui tukemaan lääkärin tekemään saneluun potilaan hoitoa koskien, joka aiheutti hoidon jatkuvuuden viivästymisen.

5.2.3 Hoidon toteutukseen liittyvät ongelmat

Hoidon toteutukseen liittyviä ongelmia olivat tarkistuslistan lopputarkistuksen tekemättä jättäminen sekä yksittäinen lääkevirhe. Toisessa tapauksessa varsinaista haittaa ei tämän johdosta tapahtunut, vaan lopputarkistus unohtui ”lopputuhinoissa”. Toisessa tilanteessa

lopputarkistuksen unohtamisen takia hoitohenkilökunnan piti jälkikäteen ottaa yhteyttä leikkaavaan lääkäriin postoperatiivisten ohjeiden saamiseksi.

Salissa jäänyt tarkistuslistan lopputarkastus tekemättä ja siten kirurgin ohjeet marvanin aloituksesta jäivät saamatta.

Lapsipotilas sai väärää lääkettä aikuisen potilaan annoksen. Tilanteessa oli kiire ja opiskelijan ohjaaja pyysi opiskelijaa antamaan potilaalle lääkkeen, joka oli pöydällä, mutta ohjaaja ei valvonut opiskelijan toimintaa. Opiskelija ei myöskään itse varmistanut ohjaajaltaan, mikä lääke oli kyseessä. Kyseinen virhe huomattiin vasta myöhemmin eikä potilaalle aiheutunut tästä vaaraa. Hoidon jatkuvuuden kannalta opiskelijan ja ohjaajan välinen kommunikointi on hyvin tärkeää ja opiskelija on aina ohjaajan vastuulla.

Tämän jälkeen anestesia lääkäri pyytää antamaan Ketorinia 20mg iv. Anestesiahoitaja pyytää sairaanhoidonopiskelijaa antamaan lääkkeen eikä tarkista opiskelijalta minkä ruiskun tämä ottaa. Tässä kohtaa opiskelija antaa erehdyksessä 0,2mg Rapi-fenia iv. Tässä kohtaa virhettä ei huomata. Anestesia lääkäri ihmettelee hieman lapsen huonoa hengitystä mutta tilanne korjaantuu nopeasti ja lapsi viedään heräämöhön. Vasta heräämössä virhe huomataan. Lapselle ei aiheudu tilanteesta vaaraa.

5.2.4 Potilasrannekkeen tai lähetteen sisältöön liittyvät virheet

Potilasrannekkeen tai lähetteen sisältöön liittyviin virheisiin lukeutuvat virheelliset potilasrannekkeet, potilasrannekkeen puuttuminen, lähete on tehty väärään paikkaan tai lähete puuttuu kokonaan.

Haittatapahtumissa raportoitiin tilanteita, joissa potilaalla oli ollut väärän potilaan potilasranneke tai potilasranneke puuttui kokonaan. Hoitohenkilökunta joutui näissä tilanteissa varmistamaan potilaan henkilöllisyyden useampaan otteeseen sekä potilaalta itseltään että tietojärjestelmästä.

Aamulääkkeiden jaon yhteydessä huomattiin, että yhdellä potilaalla oli väärä potilasranneke kädessä. Hoitaja pyrki tunnistamaan potilaan rannekkeesta, jolloin virhe huomattiin. Ranneke oli edellispäivänä osastolta kotiutuneen potilaan. Väärä ranneke poistettiin ja tulostettiin uusi ranneke, joka kiinnitettiin potilaan ranteeseen.

Lähetteisiin liittyvissä haittatapahtumissa oli tilanteita, joissa potilas ei ole saanut lähetettä tai lähete oli osoitettu väärälle hoitotaholle. Eräässä haittatapahtumassa raportoitiin

tilanteesta, jossa potilas oli ollut yhteydessä lääkärin lupaamaa lähetettä koskien. Kyseistä lähetettä ei kuitenkaan hoitohenkilökunnan selvittelyn jälkeen oltu tehty ollenkaan. Potilaan hoidon jatkuvuus vaarantui lähetteen puuttumisen takia. Haittatapahtumien ilmoituksissa kävi myös ilmi tilanne, jossa potilas oli ollut hoitojaksolla ja kontrollikäynti olisi pitänyt järjestää kyseiseen yksikköön. Lähetettä ei kuitenkaan oltu tehty eikä potilasta oltu laitettu jonoon eikä ketään osapuolta oltu tiedotettu asian suhteen.

Potilas soittaa, ollut muutama kuukausi sitten osastolla potilaana, lääkäri sanellut tekstin että ei kiireellinen lähete kardiologille tutkimuksiin. Lähetettä ei ole tehnyt lääkäri eikä myöskään tekstin purkanut os. sihteeri. Luvattu potilaalle laittaa teksti sydänpolille kiireellisenä.

5.2.5 Puutteelliset potilaan hoitotiedot tai -kirjaukset

Puutteellisiin potilaan hoitotietoihin tai -kirjauksiin kuuluvat kaikki puutteelliset tai virheelliset kirjaukset, puutteelliset tai virheelliset lääkekirjaukset, epikriisin puuttuminen, puutteelliset tiedot potilaan lääkityksestä ja puutteellinen lääkelista.

Puutteellisista tai virheellisistä kirjauksista oli tehty kaikista eniten HaiPro -ilmoituksia. Näistä tilanteista suurin osa koski potilaan tietoja, joista ei käynyt ollenkaan ilmi miksi potilas oli hoidossa tai potilasta ei oltu kirjattu osastolle, jossa hän oli hoidossa tai potilaan koko hoitokäynnistä ei ollut saatavilla hoitotekstiä.

Potilas tullut osastolle vajavaisin tiedoin. Potilas omaisten kertoman mukaan allerginen joillekin lääkkeille, pesuaineille, rasvoille ym. Tästä kaikesta ei osastolla ollut tietoa, koska potilas tullut yhteispäivystyksestä ulkokuntalaisena taustatiedot eivät ole olleet osaston käytössä. Nyt osastolla ollessaan saanut allergisen reaktion antibiootista. Siirtovaiheessa osastolta muistutettu päivystystä, että laittaa laajat tiedot mukaan aiemmista sairauksista ja muista asioista, koska osastolta ei tietoihin pääse.

Potilas oli ottanut yhteyttä päivystykseen ja kertonut vaivastaan ja saanut hoito-ohjeita lääkärin toimesta. Potilaan soitosta ja hänen saamistaan hoito-ohjeista tehtyä tekstiä tarkastaessa kävi ilmi, että kyseinen teksti oli kirjattu väärän potilaan tietoihin.

Ensiavusta oli siirretty potilas vuodeosastolle, jossa potilaan hoito jatkuisi. Hoitohenkilökunnan tarkastaessa potilaan hoitotietoja potilastietojärjestelmän kautta kävi ilmi, että kyseistä potilaasta koskevat kirjaukset olivat hyvin puutteelliset. Potilaasta ei ollut mitään vuorokausikohtaisia tietoja eikä potilaasta oltu luotu hoitopäivää, vaikka potilas oli ollut

sairaalassa jo kaksi vuorokautta. Lisäksi ensiavusta oli kerrottu vuodeosastolle, että potilaan lääkelista oli tarkastettu. Vuodeosastolla tarkistettaessa potilaan lääkelistaa, huomattiin ettei se kuitenkaan täsmännyt. Potilaan verikokeet olivat myös ottamatta, vaikka ne näkyivät potilastietojärjestelmässä tilattuina.

Useammassa haittatapahtumassa oli kuvattu tilanteita, joissa potilaiden riskitietoja tai pysyväistietoja ei oltu päivitetty. Myös useammassa tilanteessa oli raportoitu tilanteita, joissa potilaan hoidosta ei oltu tehty yhteenvetoa tai jatkohoidon ja hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeät tiedot potilaasta oli kokonaan kirjaamatta tai päivittämättä.

Lääkelistoihin liittyviä haittatapahtumia oli kirjattu useampi kappale. Haittatapahtumissa lääkelista oli virheellinen eli siitä puuttui lääkkeitä tai se ei täsmännyt potilaan kertoman kanssa.

Potilas tuli yöllä päivystyksestä ilman läheteeseen merkittyä lääkelistaa. Soitettu ensiapuun, jossa tiedossa vain vuoden 2013 ajalta oleva lääkitys. Kertomusta selattaessa huomattu, että lääkitykseen tehty muutoksia, jotka eivät lääkelistassa näy.

Lääkelista oli myös päivittämättä tai tarkistamatta eli osa lääkkeistä ei näkynyt ollenkaan lääkelistalla, lääkelistalla saattoi olla lääkkeitä väärillä vahvuuksilla tai lääkelistalla saattoi olla vanhoja lääkkeitä, joita potilas ei enää käytä.

Potilaan lääkitys tarkistamatta ja ei oltu laitettu lääkesovellukseen. Potilaan läheteessä oli hydrocortison 7,5 mg lääke. Tämä lääke puuttui lääkesovelluksesta ja potilas käyttää lääkettä 5mgx1.

Lääkelista saattoi myös puuttua kokonaan potilaan saapuessa sairaalaan tai vuodeosastolle joltain toiselta osastolta.

Potilas saapui vuodeosastolle päivystyksestä ilman lääkelistaa.

Epikriiseihin liittyviä haittatapahtumia oli raportoitu usea tapaus. Kaikissa ilmoitetuissa haittatapahtumissa epikriisi puuttui potilaan saapuessa sairaalaan tai siirtyessä vuodeosastolle joltain toiselta osastolta.

Potilas siirtynyt jatkohoitoon vuodeosastolle ilman kirjoitettua epikriisiä.

Lääkekirjauksiin ja potilaan lääkitykseen liittyviä haittatapahtumia oli raportoitu paljon. Lääkekirjauksiin liittyvät haittatapahtumat tarkoittivat esimerkiksi lääkkeenantomerkinnän puuttumista kirjauksista, lääkemääräystä ei oltu kirjattu sähköiseen muotoon tai potilas on saanut väärä lääkkeitä tai liikaa lääkettä virheellisten tai puutteellisten lääkekirjausten takia.

Potilas oli saanut vahingossa magnesiumsulfaattia. Tarkoituksena oli antaa kyseistä lääkettä tarvittaessa. Tilanteessa oli kuvattu, että lääkäri ei ollut tehnyt kirjallista lääkemääräystä, vaan hoitohenkilökunnan jäsen oli vastaanottanut määräyksen luullen sitä suulliseksi määräykseksi.

Väärinymmärryksen seurauksena potilas saanut magnesiumsulfaattia, vaikka tarkoitus oli antaa lääkettä tarvittaessa kääntyvät kärjet-rytmihäiriöön. Lääkäri ei ollut tehnyt kirjallista lääkemääräystä, hoitaja tehnyt määräyksen luullen sitä suulliseksi määräykseksi, mikä oli unohtunut kirjata. Tässä tapauksessa hoitaja kuunteli määräyksen huonosti eikä huomionnut sitä ettei lääkkeestä ollut kirjallista määräystä.

Hoitohenkilökunnan jäsen oli tarkistanut hoitoon saapuneen potilaan lääkelistaa sekä lääkesovellusta. Hoitohenkilökunnan jäsen huomasi, että lääkelistalta sekä lääkesovelluksesta puuttui kokonaan kolme kappaletta potilaan lääkkeitä, yhden lääkkeen annos oli väärä ja lääkelistalta löytyi kaksi ylimääräistä lääkettä, joita potilas ei nykyään enää käyttänyt.

5.3 Työn organisointiin liittyvät tapahtumat

Työn organisointiin liittyvät tapahtumat on yläluokkia jäsentelevä luokka (KUVIO 4). Tämä luokka pitää sisällään henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvät haittatapahtumat, työn organisoinnin puutteet ja hoidon suunnitteluun liittyvät ongelmat.



KUVIO 4. Työn organisointiin liittyvät tapahtumat. Sisällönanalyysin jäsenitelevä luokka ja sen ylä- ja alaluokat.

5.3.1 Henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvät haittatapahtumat

Henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvät ongelmat syntyivät esimerkiksi työtehtävien laiminlyönnistä, puutteellisesta tiedosta mitä omaan työnkuvaan kuuluu, kiireestä ja riittämättömästä hoitohenkilökuntaresurssista tai etteivät henkilökunnan henkilökemiat kohdanneet. Haittatapahtumailmoituksiin oli kirjattu tapaus, jossa potilas oli 40 minuuttia ylimääräistä aikaa nukutettuna. Syynä tähän ilmeni toimenpidelääkärin myöhäinen saapuminen leikkaussaliin.

Potilas valmisteltiin viiltovalmiiksi leikkausta varten klo 8.30 ja toimenpidelääkäri saapui saliin klo 9.10. Potilas oli turhaan nukutettuna 40 minuuttia ylimääräistä.

Eräessä ilmoituksessa oli kuvattu tilanne, jossa työvuoroon saapuva lääkäri oli sairastunut. Häntä sijaistava lääkäri kutsuttiin seuraavana päivänä töihin. Vuoro alkoi kello 8,

mutta sijaistava lääkäri ei saapunut paikalle. Kun hoitohenkilökunta otti yhteyttä sijaistavaan lääkäriin, hän ei tiennyt, että työvuoro alkaa kello 8. Toisessa tilanteessa oli kuvattu tilanne, jossa päivystyksessä työskentelevä uusi päivystävä lääkäri ei ollut tarkastanut mitään lääkkeitä eikä tehnyt määräyksiä. Hoitohenkilökunnan kysyessä asiasta lääkäriltä, hänen vastauksena oli, että hän ei tiennyt, että lääkkeiden tarkistaminen kuuluisi päivystystyöhön. Kyseisestä haittatapahtumasta oli tehty samalta osastolta kaksi erillistä HaiPro-ilmoitusta.

Hän on uusi, ihmettelee kuuluuko lääkärin päivystystyöhön lääkkeiden tarkastus.

Lääkkeitä ei ole tarkastettu ja lääkäri ei ole tehnyt koneelle mitään määräyksiä.

Haittatapahtumailmoituksista ilmeni tilanne, jossa hoitohenkilökunnan jäsen oli poistunut työpisteeltään työvuoronsa aikana. Tilannekuvauksesta ei käynyt ilmi syytä tähän. Kyseiseltä hoitohenkilökunnan jäseneltä oli jäänyt tärkeitä työtehtäviä suorittamatta: potilaiden päivälääkkeet olivat antamatta, suurin osa hoitokirjauksista oli tekemättä eikä kyseisen hoitohenkilökunnan jäsen ollut raportoinut hänen hoitamansa potilaan haavahoidosta tai liikkumisrajoituksista kirjallisesti tai suullisesti kenellekään.

Omahoitaja poistunut työpisteestä kesken työpäivän. Päivälääkkeet antamatta. Aamu Klexanen antoa ei ole kirjattu. Potilas ei varmuudella muista onko kyseisen lääkityksen saanut. Lisäksi potilas käynyt haavakontrollissa aamulla eikä käytettävissä ole vielä iltapäivällä minkäänlaista tekstiä potilaan haavahoidosta ja liikkumisluvista.

Haittatapahtumissa raportoitiin myös tilanne, jossa lääkäri oli todennut vainajan kuolleeksi ja lähettänyt tämän obduktioon ruumiinavausta varten. Lääkäri ei kuitenkaan pysynyt päättämään vainajan henkilöllisyyttä, koska kyseisen osaston listalla oli kirjattuna kaksi vainajaa.

Yhdessä haittatapahtumailmoituksessa raportoitiin tilanteesta, jossa potilaan vaatteet olivat vahingossa jääneet ensiapuun potilaan siirryttyä toiseen sairaalaan. Ongelmana oli, että kenen vastuu on palauttaa potilaan vaatteet takaisin potilaalle.

Toisesta sairaalasta soitettu potilaan vaatteiden perään. Potilas ollut yöpäivystyksessä ja kotiutunut ensiavusta vastaanotolle. Vaatteet siis jääneet ensiapuun. Nyt potilas kotiutumassa ja vaatteita ei ole. Hoitaja vaatii, että ensiavusta pitää lähettää potilaan vaatteet taksilla vuodeosastolle. Keskusteltu, että näitä ei meidän toimesta

ole lähetelty vaan potilas itse tai omaiset huolehtivat jääneet tavarat oikeaan osoitteeseen, mutta hoitaja ehdoton asian suhteen. Vaatteet nyt lähetetty taksilla kertakortilla.

Päivystykseen saapui huonokuntoinen potilas. Hänelle nimettiin hoitohenkilökunnasta omahoitaja, joka ei vuoron aikana pyytänyt apua muilta vuorossa olleilta hoitohenkilökunnan jäseniltä muuten, paitsi potilaan katetroinnissa. Omahoitajan mukaan potilaan vointi oli jossain kohtaa mennyt huonommaksi, mutta tästä hän ei kuitenkaan informoinut ketään. Lääkärin kierron aikana kävi ilmi, että kyseinen potilas oli menehtynyt, jota omahoitaja ei ollut kertonut muille vuoron sairaanhoitajille.

5.3.2 Työn organisoinnin puutteet

Työn organisoinnin ongelmiin liittyvät tilanteet koostuivat hoitohenkilökunnan tunnuksien puuttumisesta hoitotyössä käytettäviin järjestelmiin sekä siitä, ettei henkilökuntaa tavoitettu joko kiireen tai muun syyn takia. Haittatapahtumissa oli raportoitu tilanne, jossa hoitohenkilökunta oli ottanut yhteyttä lääkäriin, jotta hän voisi hyväksyä hoitohenkilökunnan tekemän lääketilauksen. Lääkärillä ei ollut kyseiseen tehtävään tarvittavia tunnuksia, jotta lääketilaus olisi saatu hyväksyttyä. Haittatapahtumissa oli myös kuvattu toinen samanlainen tilanne, jossa päivystävällä lääkäriellä ei ollut tunnuksia lääkkeiden tilausta varten.

Tiistai aamuna yritetty saada lääkäriä hyväksymään lääketilaus, mutta sairaalassa ei arkipäivänä aamulla ole ollut lääkäriä, kellä olisi e-medi tunnuksset.

Haittatapahtumissa oli raportoitu tilanne, jossa päivystyksessä työskentelevä lääkäri ei pystynyt itsenäisesti tekemään saneluita, reseptejä, sairaslomatodistuksia tai läheteitä puuttuvien tunnusten takia.

Potilaan leikkaushaava alkoi vuotaa paljon. Hoitohenkilökunta yritti ottaa yhteyden päivystyksen hoitohenkilökuntaan sekä lääkäriin tuloksetta. Hoitohenkilökunta koki turhaksi viedä potilaan päivystykseen asian suhteen, koska aiemmin oli samanlainen tapah-tuma eikä asialle oltu tehty päivystyksessä mitään.

Kuntoutuja oli suihkussa ja haavaperhosia poskesta poistettaessa, posken leikkaushaava alkoi suihkuten vuotaa verta. Yritetty soittaa sekä TK-yht. päivystykseen hoitajan että lääkärin numeroon tuloksetta. Koettu turhaksi lähteä viemään kuntoutujaa päivystykseen, koska sama vuototilanne oli viikkoa aiemmin, jolloin ei päivystyksessä tehty asian suhteen mitään.

Hoitohenkilökunta otti yhteyttä päivystykseen, koskien päivystyksestä vuodeosastolle siirtyneen potilaan hoitoa. Puhelimeen vastannut hoitohenkilökunnan jäsen ei esitellyt itseään eikä ottanut kyseisen potilaan hoitoon tai tietoihin mitään kantaa.

5.3.3 Hoidon suunnitteluun liittyvät ongelmat

Hoidon suunnitteluun liittyviä ongelmia olivat tilanteet, joissa hoidon suunnittelun puutteen takia leikkaustoimenpiteessä ei ollut siihen tarvittavaa välinettä sekä tilanne, jossa aamunäytteenottoa ei oltu järjestetty eräälle ajankohdalle ollenkaan.

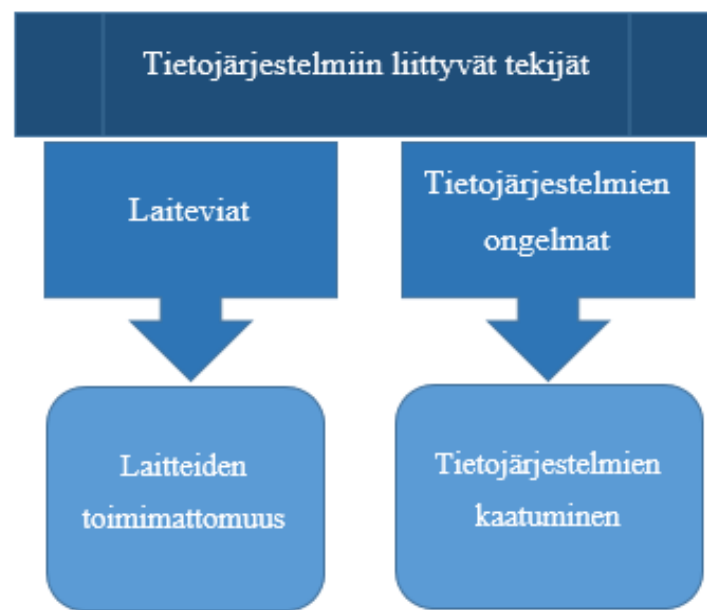
Leikkauksen aikana huomattiin, että käytössä oleva pora ei sovellukaan kyseiseen leikkaukseen, jonka takia jouduttiin tilaamaan toinen pora toisesta sairaalasta taksilla. Tuloksena oli leikkausajan venyminen sekä hoitohenkilökunnan ylitöihin jääminen.

Kesken leikkauksen huomattiin, ettei käytössä ollut pora soveltunutkaan ko leikkaukseen ja jouduttiin tilaamaan toinen pora toisesta sairaalasta taksilla, koska leikkausosaston omat porat oli sinä päivänä käytetty eikä omaa välinehuoltoa ole. Ennalta ei kirurgilla ollut tiedossa mitä välineitä leikkausosastolla on käytössä. Hoitotiimillä ei myöskään ollut ennalta täysin tiedossa, mitä välineitä toimenpiteessä tullaan tarvitsemaan.

Eräs haittatapahtuma johti laboratoriokokeiden tulosten ja hoidon viivästymiseen. Hoidon jatkuvuuden kannalta laboratoriokokeiden arvot olivat hyvin tärkeitä. Eräänä viikonloppuna vuodeosastolle ei tullut aamunäytteenottoa hoitavaa bioanalyttikkoa. Kun kyseisen vuodeosaston hoitohenkilökunta otti yhteyttä laboratorioon, kävi ilmi, ettei puuttuvasta työntekijästä ollut laboratorionkaan taholla mitään tietoa. Lopuksi selvisi, että kyseiselle viikonlopulle ei oltu järjestetty ketään tekemään aamunäytteenottokiertoa.

5.4 Tietojärjestelmiin liittyvät tapahtumat

Tietojärjestelmiin liittyvät tapahtumat on yläluokkia jäsentelevä luokka (KUVIO 5). Tämä luokka sisältää laiteviat ja tietojärjestelmien ongelmat. Haittatapahtumissa kuvattiin tilanteita, joissa tietoliikennejärjestelmät eivät toimineet tai ne olivat kaatuneet. Lisäksi muutamista laitevioista oli tehty haittatapahtumailmoitus.



KUVIO 5. Tietojärjestelmiin liittyvät tekijät. Sisällönanalyysin jäsentelevä luokka ja sen ylä- ja alaluokat.

5.4.1 Tietojärjestelmien ongelmat

Tietoliikennejärjestelmiin liittyviä haittatapahtumia oli esimerkiksi potilastietojärjestelmän toimimattomuus. Lisäksi haastetta toi ensiavussa ollut kiire ja ruuhka.

Miranda ei toimi. Jumissa ollut jo pidemmän aikaa. Potilaiden tietoja ei saada. Ensiavussa ruuhkaa, joudutaan ottamaan potilaita osastolle ilman tarkempia tietoja.

Tietoliikennejärjestelmän kaatumisesta aiheutui haittatapahtumia. Tietoliikennejärjestelmän kaatumisen takia potilaiden tietoja ei voitu kirjata ollenkaan sähköisesti eikä potilaiden tietoja saatu näkyville potilastietojärjestelmästä. Sekä puhelinverkko että tietoliikennejärjestelmä olivat kaatuneena muutaman tunnin.

Sairaalan tietoliikennejärjestelmät kaatuivat klo 20.15. Päivystyksessä ei päästä potilastietojärjestelmään kirjaamaan tai katsomaan potilastietoja. Kirjaaminen suoritettu tänä aikana paperiversiona ja tiedot viedään myöhemmin sähköiseen järjestelmään. Potilastietojärjestelmien toimimattomuus aiheuttaa viivettä potilaiden hoidossa, kaksoiskirjaaminen aiheuttaa turhaa työtä hoitohenkilökunnalle. Puhelinverkko kaatui klo 21.35, jonka vuoksi sairaalassa toimivat ainoastaan ulkopuhelut, sisäiset numerot eivät ole käytössä. Koko puhelinverkko pimenee klo 22.00, kestäen noin puoli tuntia, jolloin käytössä varajärjestelmä kännykät. Koko katko on ohi klo 23.22, jolloin tietoliikenneyhteydet toimivat jälleen normaalisti.

5.4.2 Laiteviat

Laitevikoihin liittyvissä häiriötapauksissa kävi ilmi, että esimerkiksi turvapainikehälytys ei toiminut, mikä aiheutti haasteita päivystykseen. Hoitotoimenpide vaati koko päivystyksen henkilökuntaresurssit, koska lisäapua ei ehditty tai voitu laitevian takia saada.

Potilas alkaa kouristaa terveyskeskuksen yhteispäivystyksen tarkkailutilassa. Kouristuskohtauksen vuoksi potilas on sekava ja levoton sekä aggressiivinen. Koska potilas on suurikokoinen eikä potilasta saada hallintaan hoidon turvaamiseksi terveyskeskuksen yhteispäivystyksen hoitohenkilökunta tekee dect-puhelimen kautta turvapainikehälytyksen saadakseen lisäapua paikalle. Turvapainikehälytys välittyy kuitenkin ainoastaan ensiavun 1. dectiin eikä kaikkiin puhelimiin, kuten pitäisi olla, mukaan lukien vartijan puhelin. Joudutaan siis ensin etsimään tarkkailutiloista muu päivystyksen hoitohenkilökunta, ennen kuin saadaan välitettyä apupyyntö koko henkilökunnalle. Potilasta joudutaan pitämään kiinni seitsemän henkilön voimin, jotta häntä saadaan lääkittyä ja hoidettua. Hoitotoimenpiteet vaativat koko päivystyksen henkilökuntaresurssit.

6 TULOKSET YHTEENVETOKUVIONA

Tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyviin haittatapahtumiin löydettiin kolme suurempaa tekijää, jotka nimettiin yläluokkia jäsenteviksi luokiksi (taulukko 1). Näitä olivat hoidon jatkuvuuteen liittyvät tekijät ja tapahtumat, työn organisointiin liittyvät tekijät sekä tietojärjestelmiin liittyvät tekijät. Näiden luokkien alle sijoittui yhteensä 10 yläluokkaa.

Hoidon jatkuvuuteen liittyvien tekijöiden alle sijoittui viisi yläluokkaa, jotka liittyivät potilasohjaukseen liittyviin ongelmiin, hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyviin epäselvyyksiin tai puutteisiin sekä hoidon toteutukseen liittyviin ongelmiin tai puutteisiin. Lisäksi tähän luokkaan liittyi potilasrannekkeen tai lähetteen sisältöön liittyviä virheitä ja puutteelliset potilaan hoitotiedot tai -kirjaukset.

Työn organisointiin liittyvien tekijöiden alle sijoittui kolme yläluokkaa, jotka liittyivät henkilökunnan ammatillisuuteen liittyviin haittatapahtumiin, hoidon suunnitteluun liittyviin ongelmiin sekä työn organisoinnin ongelmiin. Tietojärjestelmiin liittyvien tekijöiden alle sijoittui kaksi yläluokkaa, jotka liittyivät tietojärjestelmien ongelmiin sekä laitevikoihin.



KUVIO 6. Tiedonhallintaan ja tiedonkulkuun liittyvät häiritsevät tapahtumat ja läheltä piti -tilanteet.

7 POHDINTA

7.1 Luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimustyypin luotettavuuden kriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus sekä vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa tulosten sekä koko työprosessin tarkkaa ja ymmärrettävää kirjaamista. Uskottavuuteen kuuluu myös se, että opinnäytetyöprosessin aikana luodut erilaiset luokitukset ja luokat ovat aineistoa kuvaavia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.) Tässä opinnäytetyössä asiat on kirjattu selkeästi ja kattavasti, jotta menetelmä, tulokset sekä analyysin eri vaiheet avautuvat lukijalle. Tulokset olisi voitu kirjata vielä tarkemmin ja laajemmin, mutta tällöin opinnäytetyö olisi ollut liian laaja. Tulosten tarkempi ja laajempi kirjaaminen olisi lisännyt uskottavuutta, koska tällöin tulokset olisivat olleet kaikki esillä yksityiskohtaisemmin. Opinnäytetyössä käytettyjen suorien lainauksien tarkoituksena on kuvata aitoja tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä haattatapahtumia sekä opinnäytetyön tekijöiden työprosessin jäsentelyä.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, kuinka hyvin tämän opinnäytetyön tuloksia ja havaintoja voidaan käyttää muissa vastaavissa tilanteissa. Tällä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyöprosessin kaikki vaiheet ovat eritelty ja esitelty tarkasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Tämän opinnäytetyön tulosten tarkastelun kehitysehdotuksia ja tulevaisuuden näkökulmia voidaan soveltaa ja käyttää apuna muissa sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa Suomessa. Siirrettävyyteen liittyen täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että itse tuloksia ei sinänsä voi hyödyntää suoranaisesti muihin hoitoyksiköihin tai sairaaloihin, koska nämä tulokset ovat yhden sairaalan haattatapahtumia ja läheltä piti -tilanteita.

Riippuvuudella tarkoitetaan sitä, pystyykö tutkimuksesta eli tässä tapauksessa opinnäytetyöstä saamaan samat tulokset, jos tutkimus toistettaisiin samassa ympäristössä (Polit, Beck 2012, 585). Jos tämän opinnäytetyön toteuttaisi uudestaan samoilla HaiPro-haattatapahtumailmoituksilla, tulokset olisivat samankaltaiset, mutta eivät kuitenkaan täysin samat. Tämän opinnäytetyön tulokset ovat opinnäytetyön tekijöiden omia tulkintoja ja analysointeja tilanteista, joten jos opinnäytetyön tai samankaltaisen tutkimuksen tekisi joku muu, tulokset olisivat väistämättä erilaiset. Yksilöiden ajatusmaailma ja näkemys asioista muokkaa aina eri asioiden eli tässä tapauksessa HaiPro-haattatapahtumailmoitusten tulkintaa.

Vahvistettavuus tarkoittaa sitä miten hyvin lukija voi seurata opinnäytetyöprosessin kulua ja eri vaiheita. Vahvistettavuutta parantaa analyysin mahdollisimman tarkasti kuvaaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198). Opinnäytetyön tekijät ovat kirjanneet analyysin ja sen aikana tehtävän prosessin kokonaisuudessaan opinnäytetyöhön nähtäville (LIITE 1 ja TAULUKKO 1). Lisäksi opinnäytetyön tekijät ovat kirjanneet opinnäytetyötä varten tehtävän aineistolähtöisen sisällönanalyysin eri vaiheet auki. On kuitenkin otettava huomioon, että opinnäytetyön tekijät ovat tehneet opinnäytetyötä varten tehdyn aineistolähtöisen sisällönanalyysin omien lähtökohtiensa kautta.

Tässä opinnäytetyössä on käytetty yleistä analyysimenetelmää, aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Lisäksi haittatapahtumia luokiteltaessa ja niitä analysoitaessa tilannekuvaukset ja niiden luokittelut ovat perusteltuja ja ne ovat aukikirjoitettuja. Opinnäytetyössä on käytetty samankaltaista muistiinpanotekniikkaa ja käytänteitä kuin muissa aineistolähtöisissä sisällönanalyyseissa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Opinnäytetyön luotettavuutta olisi vahvistanut, jos opinnäytetyössä käytetty aineistolähtöinen sisällönanalyysi olisi tehty useampaan kertaan ja eri kerroilla saatuja luokitteluja olisi vertailtu toisiinsa. Näin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla saadut tulokset olisivat olleet luotettavampia.

Laadullisen aineiston analysoinnissa saattaa olla vaarana, että tutkija nostaa epäolennaisia asioita tutkimukseen eikä ole puolueeton. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013, 197) kuvaavatkin tämän ilmiön olevan yleinen varsinkin, jos analyysia tekee yksi henkilö. Tällöin kyseinen yksittäinen henkilö voi tulla sokeaksi omalle työlleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Luotettavuutta lisää tässä opinnäytetyössä se, että opinnäytetyön tekijöitä on kaksi, koska opinnäytetyön tekijöiden ominaisuudet itsessään vaikuttavat vahvasti aineiston tulkintaan (Tuomi & Sarajarvi 2009, 142). Kaksi opinnäytetyön tekijää vähentää myös riskiä tehdä puolueellisia tai ennakkoluuloisia tulkintoja aineistosta (Polit & Beck 2012, 592-593). Opinnäytetyön tekijät ovat tarkastelleet kaikkia opinnäytetyöprosessin vaiheita kriittisesti. Tällä tarkoitetaan tuotetun tekstin luotettavuuden, eettisyyden ja oleellisuuden tarkastelua. Osa opinnäytetyöprosessin vaiheista on tehty useampaan kertaan ja opinnäytetyön tekijät ovat käyneet aktiivisesti ohjauskeskusteluissa ohjaavan opettajan kanssa. Esimerkiksi aineistolähtöinen sisällönanalyysi tehtiin kahteen kertaan ja luokkien nimiä muokattiin koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Tutkimusetiikan yhtenä suurena periaatteena ja lähtökohtana on hyödyllisyys. Hyöty voi ilmetä välittömästi tai vasta tulevaisuudessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218.) Tämän lisäksi tutkimusetiikan periaatteisiin kuuluu ihmisarvon kunnioitus, oikeudenmukaisuus sekä tutkimukseen osallistuvien henkilöiden anonymiteetti. Tarkoituksena onkin tuottaa hyötyä yhteiskunnalle ja tässä tapauksessa työelämäyhteydelle. Osallistujia ei saa saattaa huonoon asemaan, minkä takia hyötyjen ja haittojen arviointi on tärkeää. (Polit & Beck 2012, 152-153.) Tämän opinnäytetyön hyödyt ovat suuret, sillä tuloksiin on nostettu paljon asioita joihin pitää puuttua sekä millä alueilla tarvitaan lisäkoulutusta tai henkilöstöresurssien uudelleen miettimistä.

Tämän opinnäytetyön eettisyyteen liittyen täytyy ottaa huomioon se, että opinnäytetyöllä saattaa olla mahdollisia negatiivisia seuraamuksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Opinnäytetyössä on käytetty vuoden 2015 tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä HaiPro-ilmoituksia, jotka kyseisen sairaalan hoitohenkilökunnan jäsenet ovat täyttäneet vapaaehtoisesti. Aineistona käytettyjen haittatapahtumailmoitusten ilmoittajien tietoista suostumusta ei voida kuitenkaan varmistaa, koska aineisto saatiin valmiina työelämätaholta. Tämä on kuitenkin sallittua tietyissä tapauksissa, jos riskit ovat vähäiset ja ilmoittajien yksityisyys ei kärsi (Polit & Beck 2012, 154).

Hoitohenkilökunnan tekemiä HaiPro-ilmoituksia voidaan pitää luotettavina kuvauksina haittatapahtumista. Kyseiset haittatapahtumailmoitukset, niiden pohjalta tehty analyysi ja analyysin pohjalta saadut tulokset voivat asettaa osan opinnäytetyössäkkin nostetuista toimintaympäristöistä huonoon valoon. Opinnäytetyön tekijät ovat pohtineet tätä eettisyyttä vaarantavaa tekijää ja tulleet lopputulokseen, että opinnäytetyön hyödyt ovat suuremmat kuin haitat.

Osallistujien anonymiteetti on turvattu sillä, että haittatapahtumailmoituksissa oli harvoin kuvattu tunnistetietoja ilmoittajasta tai ilmoituksessa kuvatuista henkilöistä. Jos tunnistetietoja oli kirjattu haittatapahtumailmoituksiin, ne on jätetty pois tästä opinnäytetyöstä osallistujien anonymiteetin varmistamiseksi. (Polit & Beck 2012, 162.)

Tämän opinnäytetyön eettisyyttä lisää se, että alkuperäisaineisto ja siitä kaikki kopiovedokset palautetaan takaisin työelämäyhteydelle opinnäytetyöprosessin päätyttyä. Tutkimusaineisto säilytettiin koko opinnäytetyöprosessin ajan opinnäytetyön tekijöillä eikä

sitä ole luovutettu kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221; Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.) Lisäksi opinnäytetyön tekijät ovat noudattaneet yhdessä työelämäyhteyden kanssa sovittuja lupamenettelyjä sekä eettisiä periaatteita koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Opinnäytetyön eettisyyttä parantaa myös se, ettei sairaalaa, jossa haittatapahtumailmoitukset on tehty, voida tunnistaa. Opinnäytetyössä on kirjattuna suoria lainauksia HaiPro-ilmoituksista ja jos näissä suorissa lainauksissa on ilmaistu sairaalan nimi tai paikkakunta, se on poistettu.

Opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö sujui hyvin ja yhteisymmärryksessä. Opinnäytetyön tekijät olivat alusta alkaen kiinnostuneita aiheesta, joka edisti työn tekoa. Opinnäytetyön tekijät pitivät kiinni sovituista aikatauluista ja tavoitteista. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyönä yhdessä kirjoittaen. Opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyön tekijät ovat pohtineet kriittisesti eettisiä kysymyksiä tähän opinnäytetyöhön liittyen.

7.2 Tulosten tarkastelu

Tuloksista nousi esiin usein puutteelliset potilaan hoitotiedot tai -kirjaukset. Tämä luokka piti sisällään puutteelliset tai virheelliset kirjaukset potilaan hoitoa koskien, puutteelliset tai virheelliset lääkekirjaukset, epikriisien puuttumisen ja puutteelliset lääkelistat. Myös Ruuhilehto ym. (2011) ovat todenneet tutkimuksessaan, että välttämättömiä kirjallisia tietoja ei ollut tai niitä ei löytynyt potilaskertomusjärjestelmästä. Hoitotiedot tai -kirjaukset saattoivat myös olla puutteellisia tai epäselviä (Ruuhilehto ym. 2011). Koivukoski ja Palomäki (2009, 59) kertovat, että hoitohenkilöstön päätöksenteko perustuu osittain kirjattuun tietoon, joten tiedon siirtymisen kannalta on oleellista tiedostaa kirjattavien asioiden merkitys. Myös asiakkaan ja työntekijän oikeusturvan toteutuminen on merkityksellistä kirjaamiseen liittyen (Koivukoski & Palomäki 2009, 59). Jatkossa olisi tärkeää noudattaa yhteisiä toimintatapoja hoitotyön kirjaamisessa ja järjestää sisäisiä koulutuksia rakenteisen kirjaamisen tukemiseksi. Nämä sisäiset koulutukset tulisi myös taata mahdollisille sijaisille ja uusille hoitotyöntekijöille. Sisäisessä koulutuksessa keskeisintä olisi selvittää kuinka sähköiset potilastietojärjestelmät palvelisivat hoitohenkilökuntaa parhaiten.

Hoitohenkilökunnan kommunikaatioon liittyvät epäselvyydet tai puutteet sisälsivät virheellisen tai puutteellisen hoitohenkilökunnan kommunikoinnin sekä potilassiirtoihin liittyvät ongelmat. Tamminen ja Metsävainio (2015) toteavat, että viestintäongelmat hoitovastuun siirtyessä on merkittävä tekijä esimerkiksi potilassiirtoihin liittyvissä haattatapahtumissa. Lisäksi hoitohenkilökunnan keskeisestä raportoinnista jää usein pois potilaan nykytila ja lääkitys (Tamminen & Metsävainio 2015). Myös Vänskän ym. (2014) julkaisun mukaan kommunikaation ja tiedonkulkuun liittyvät ongelmat tiimien jäsenten välillä ovat yleisiä haattatapahtumien aiheuttajia. Puutteellinen kommunikaatio voi johtaa myös siihen, että virheitä ei huomata ajoissa, vaikka se olisikin mahdollista (Vänskä ym. 2014). Koivukosken ja Palomäen (2009, 62) mukaan, vuoropuhelu ja toisen kuunteleminen ovat kaiken kehittämistyön sekä keskinäisen onnistuneen tiedonkulun ja kommunikoinnin lähtökohta. Tulevaisuudessa on keskityttävä organisaation ja hoitohenkilökunnan sekä suulliseen että kirjalliseen kommunikaation kehittämiseen ja tukemiseen.

Työn organisaation liittyvistä haattatapahtumista voidaan todeta, että hoitohenkilökunnan ammatillisuuteen liittyviä tekijöitä oli paljon. Henkilökunnan ammatillisuuteen liittyvät haattatapahtumat sisälsivät henkilökunnan puutteellisen tiedon omasta työnkuvastaan, työtehtävien laiminlyönnin, kiireen ja riittämättömän hoitohenkilökuntaresurssin sekä henkilökemioiden kohtaamattomuuden. Myös Pitkänen ym. (2014) kuvaa osaamisen puutteen olevan vaaratapahtumien taustatekijä. Pitkäsen ym. (2014) mukaan sekä lääkäreille että hoitohenkilökunnalle pitää suunnata tarpeeksi ammatti- ja täydennyskoulutusta. Lisäksi jokaisessa toimintayksikössä tulisi huolehtia uusien työntekijöiden perehdytyksestä ja opiskelijoiden ohjauksesta (Pitkänen ym. 2014). Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan asenteiden muokkaamista, vastuullista ammatillista toimintaa sekä jatkuvaa omaa ammatillista kehitystä ja koulutusta (Kuisma 2010). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon uusimman strategian mukaan (2015): ”Potilasturvallisuuden kehittäminen perustuu avoimelle ja läpinäkyvälle toiminnan arvioinnille ja jatkuvalla kehittämiselle.” Potilasturvallisuutta edistävälle toimintakulttuurille on tyypillistä, että organisaation johto ottaa vastuun potilasturvallisuudesta ja varmistaa, että toiminta ja työolosuhteet ovat hoidon toteuttamisen kannalta turvallisia. Olisi myös hyvä varmistaa, että organisaatiossa on yhtenäiset käytännöt, jotka ovat kaikkien tiedossa. (Kinnunen ym. 2009, 182.) Jatkossa hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksien tarve tulisi ottaa esille organisaation toimesta kehityskeskusteluissa. Näin voidaan varmistaa, että täydennyskoulutusten aiheet ja teemat ovat ajankohtaisia ja hoitohenkilökuntaa palvelevia.

Tuloksissa kävi ilmi, että tunnuksien puuttuminen aiheutti ongelmia. Myös Arvola ym. (2012) toteavat, että tavallinen hoidon kaikkiin vaiheisiin liittyvä riski on potilaan tietojen tarkastelun estyminen sähköiseen potilastietojärjestelmään käyttäjätunnusten puuttumisen takia tai järjestelmän käyttäjälle tuntemattomat ominaisuudet. Jatkossa organisaation tulisi varmistaa, että työntekijöillä ja mahdollisilla sijaisilla on samat työkalut työntekoa varten. Lisäksi työntekijöiden tulisi myös itse pitää huoli, että heillä on kaikki heidän työnsä vaatimat tunnukset eri hoitotyössä käytettäviin sähköisiin järjestelmiin. Konttinen ja Mykkänen (2016, 138) kertovat, että on välttämätöntä opastaa hoitohenkilöstö siihen, miten järjestelmien ominaisuuksia tulee käyttää ja miten niitä on mahdollista hyödyntää tehokkaasti omissa työtehtävissä. Organisaation johdon vastuulla on antaa hoitohenkilöstölle mahdollisuus osallistua tietojärjestelmien käyttöön liittyviin koulutuksiin ja työntekijöiden omalla vastuulla on koulutuksiin osallistuminen tai vastaavan tiedon hankkiminen jollain muulla tavalla. Hoitohenkilökunnalla on oltava selkeät käyttöohjeet saatavilla organisaatiossa olevasta järjestelmästä. (Konttinen & Mykkänen 2016, 138.)

Potilasohjaukseen liittyviä ongelmia olivat epäselvät tai puutteelliset potilasohjeet. Myös Lipposen (2014) tutkimuksessa nousi esille useita potilasohjauksen kehittämiskohteita, joihin pyrittiin löytämään parempia toimintatapoja. Kehittämisen kohteina olivat muun muassa ohjaus tapahtumaprosessina, sosiaalinen tuki osana ohjausta, omaisten ohjaus, vuorovaikutus ohjauksessa, demonstrointi, puhelinohjaus ja kirjallinen ohjaus. Yksi merkittävimmistä esille nousseista kehittämistarpeista oli potilasohjauksen alueellinen organisointi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (Lipponen 2014.) Erkkö ja Johansson (2013, 159) kertovat, että potilasturvallisuuden kannalta tärkeitä ovat jatko-hoitosuunnitelmaan liittyvät selkeästi vastuutetut ja yhtenäiset toimintakäytännöt sekä tiedon siirto potilaan mennessä toiseen hoitopaikkaan. Myös Lipponen (2014) toteaa, että potilasohjauksen kehittäminen ja hoitohenkilöstön ohjaustaitojen vahvistaminen ovat tärkeitä terveydenhuollon kehittämiskohteita.

Potilasrannekkeen tai lähetteen sisältöön liittyviä virheitä olivat potilasrannekkeen puuttuminen tai väärä potilasranneke sekä läheteisiin liittyvät ongelmat. Myös Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (2015) mukaan, potilasrannekkeiden käytössä oli puutteita. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (2006) oli myös esitellyt lyhennelmissään virallisista kanteluista tilanteesta, jossa lähetettä ei oltu tehty, vaikka näin oltiin luvattu. Kyseisissä lyhennelmissä on kuvattu useampi tapaus koskien läheteisiin liittyviä ongelmia. Potilas-

rannekkeisiin liittyen vaaditaan tarkkuutta ja jos ei voida olla varmoja potilaan henkilöllisyydestä edes potilasrannekkeen tarkistamisen jälkeen esimerkiksi potilaan muistisairaudesta, on turvauduttava tunnistamaan potilas jollain muulla keinolla. Potilaan identifiointi on potilasturvallisuuden perusedellytys. Jatkossa on tärkeää varmistua siitä, että potilas on aina identifioitavissa.

Tietojärjestelmien kaatumiset sekä laitteiden toimimattomuus aiheuttivat haittatapahtumia. Helovuon, Kinnusen, Peltomaan ja Pennasen (2012, 73) mukaan on varauduttava siihen, jos sähköinen potilastietojärjestelmä kaatuu. Tähän on oltava suunnitelma, miten kriittiset potilastiedot, kuten esimerkiksi lääkitys, saadaan selville. Teknologian kehitys antaa uusia mahdollisuuksia potilasturvallisuuden edistämiseen, mutta myös sen monimuotoisuus altistaa vaaratapahtumille ja erilaisille riskeille. (Helovuori ym. 2012, 73.)

Tuloksista kävi ilmi, että esimerkiksi tarkistuslistojen käyttö oli puutteellista. Haittatapahtumissa raportoitiin, että esimerkiksi tarkistuslista unohtui tehdä huolimattomuuden takia kiireen keskellä. Myös Mustajoen, Kinnusen ja Aaltosen (2014) toimittamassa artikkelissa kuvataan tilanteita, joissa ilman tarkistuslistan käyttöä potilaalle olisi aiheutunut suurta haittaa. Tulevaisuudessa on tärkeää tarkistuslistojen huolellinen käyttö, ettei virheitä tapahdu. Mustajoki ym. (2014) kuvaavat tarkistuslistan tukevan koko leikkaustiimiä. Kuisman (2010) mukaan hoitohenkilöstön on sitouduttava potilasturvallisuutta parantaviin työmenetelmiin ja osaamiseen.

7.3 Johtopäätökset, hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Työelämäyhteystaho voi hyödyntää tässä opinnäytetyössä esitettyjä tuloksia toiminnan kehittämiseen. Yhteenvetona voidaan todeta:

- on tärkeää noudattaa yhteisiä toimintatapoja hoitotyön kirjaamisessa ja järjestää sisäisiä koulutuksia rakenteisen kirjaamisen tukemiseksi
- organisaation ja hoitohenkilökunnan suullisen sekä kirjallisen kommunikaation kehittämiseen ja tukemiseen on keskityttävä
- hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksien tarve tulee ottaa esille organisaation toimista kehityskeskusteluissa ja näin voidaan varmistaa, että täydennyskoulutusten aiheet ja teemat ovat ajankohtaisia ja hoitohenkilökuntaa palvelevia
- organisaation tulee varmistaa, että hoitotyöntekijöillä ja mahdollisilla sijaisilla on samat työkalut työntekoa varten

- hoitotyöntekijöiden tulee myös itse pitää huoli, että heillä on kaikki heidän tarvitsemansa tunnukset eri hoitotyössä käytettäviin sähköisiin järjestelmiin
- potilasohjauksen kehittäminen ja hoitohenkilöstön ohjaustaitojen vahvistaminen ovat tärkeitä terveydenhuollon kehittämiskohteita
- potilaan identifiointi on potilasturvallisuuden perusedellytys ja jatkossa on tärkeää varmistua siitä, että potilas on aina identifioitavissa
- tarkistuslistojen huolellinen käyttö, jottei virheitä tapahdu

Jatkossa aihetta voidaan tutkia uudestaan. Haittatapahtumia tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyen voi tutkia isommalla otoksella määrällisesti. HaiPro-ilmoitusten puutteellinen täyttäminen saattaa rajata aineiston kokoa.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että on tärkeää kehittää koko sairaalan yhteisiä toimintatapoja ja saada koulutusta varsinkin hoitotyön kirjaamisessa ja raportoinnissa. Jokaisen yksikön pitää noudattaa standardoituja toimintamalleja niin raportoinnissa kuin kirjaamisessa. Opinnäytetyön tekijät ehdottavatkin, että työelämätaho ottaa tavoitteeksi, että seuraavan kahden vuoden aikana tässä kyseisessä sairaalassa toteutettaisiin sisäistä koulutusta. Pelkkä virheiden ehkäiseminen ei riitä, vaan henkilöstön osaaminen ja ammattitaito ovat keskeisiä edellytyksiä potilasturvallisuuden takaamiselle. Koulutuksella ja perehdytyksellä tulee turvata, että henkilöstön osaaminen ja määrä vastaavat potilaiden sairauksien vaatimaa tasoa myös henkilökunnan vaihtuessa sekä työtehtävien muuttuessa. (Kinnunen ym. 2009, 183-184.) Tulevaisuudessa läheltä piti -tilanteita ja haittatapahtumia voidaankin kartoittaa ja analysoida vuosittain tässä organisaatiossa sekä muissa sairaaloissa. Tämän avulla voidaan nähdä ovatko tavoitteet täyttyneet ja onko sisäisellä koulutuksella näkyviä tuloksia.

Potilasturvallisuuden vastuu on eniten organisaation johdolla, mutta se kuuluu myös jokaisen työntekijän ammatillisuuteen. Organisaation kyky nähdä potilasturvallisuus yhtenä osana organisaation toimintaa eikä pelkästään yksittäisen työntekijän vastuulle jäävänä asiana on edellytys potilasturvallisuuden jatkuvalle kehittymiselle. (Kaila, Niemi-Murola, & Kauppi 2014.)

8 LOPUKSI

Opinnäytetyö kehittää opinnäytetyön tekijöitä tiedostamaan, välttämään ja ennakoidaan tiedonkulkuun ja tiedonhallintaan liittyviä tilanteita, joita voi tapahtua. Näin ollen opinnäytetyön tekijät osaavat olla varautuneita näihin tilanteisiin paremmin tulevaisuudessa.

Näiden HaiPro -ilmoitusten sekä niistä tehdyn analyysin avulla opinnäytetyön tekijät ovat saaneet uusia näkökulmia ja perspektiiviä haittatapahtumiin ja läheltä piti -tilanteisiin. Opinnäytetyön tekijät ovat pohtineet eri haittatapahtumia ja läheltä piti -tilanteita ja niiden aiheuttamia vakaviakin seurauksia. Esimerkiksi kommunikaation ja rakenteisen kirjaamisen selkeydellä oltaisiin voitu ehkäistä joitakin haittatapahtumia. Varmistamalla sen, että hoitohenkilökunta on saanut kaiken tarpeellisen informaation potilaasta, voidaan poissulkea mahdollisuus tiedonkulun katkeamisesta.

Opinnäytetyön avulla opinnäytetyön tekijät oppivat kehittämään myös omaa ammatillista kasvuaan sekä osaamistaan ja tulevat tiedostamaan, kuinka tärkeää jokaisessa vaara- tai läheltä piti -tilanteessa on tehdä HaiPro -ilmoitus.

LÄHTEET

Arvola, T., Pommelin, P., Inkinen, R., Väyrynen S. & Tammela, O. 2012. Potilastietojärjestelmien turvallisuusriskit hallintaan. Lääkärilehti 12/2012, vsk 67 s. 955 – 961. Luettu 28.2.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/potilastietojarjestelmien-turvallisuusriskit-hallintaan/>

Awanic Oy. 2016. HaiPro. Terveystietojärjestelmien vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Luettu 26.4.2016. <http://awanic.com/haipro/>

Erkko, P. & Johansson, P. 2013. Lääkehoidon kirjaaminen. Teoksessa (Ranta, I. Toim.) Sairaanhoitaja & Lääkehoito. Helsinki: Fioca Oy. 144-160

Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomäki, K. & Pennanen, P. 2012. Potilasturvallisuus: potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki: Fioca Oy.

Helovuori A, Kinnunen M, Kuosmanen A., Peltomäki K. 2015. Potilasturvallisuus ja riskienhallinta – opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoille ja johdolle. Helsinki: Edita Prima Oy.. Luettu 9.2.2017.

http://spty.fi/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/RH-opas_nettiin_korjattu.pdf-02112015.pdf

Kaila, M., Niemi-Murola, L., & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta.

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11819.pdf>

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmiah, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Kinnunen, U-M., Peltomaa, K., Snellmann, E., Reiman, T., Pietikäinen E., Oedewald, P., Helovu, A., Mustajoki, P., Ruuhilehto, K. & Leino-Kilpi, H. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Knuuttila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystietojen vaaratapahtumien raportointi.

https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/LH-2007-1_vaaratapahtumien_raportointi.pdf

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.

Konttinen, R. & Mykkänen, J. 2016. Kuka käyttää digitaalisia terveystietoja? Teoksessa (Pirhonen, K. Toim.) Teknologia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Helsinki: Fioca Oy. 133-146.

Kuisma, P. 2010. Terveystietojen vaaratapahtumien raportoinnista saatava tieto osana potilasturvallisuuden kehittämistä.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81979/gradu04601.pdf?sequence=1>

Kurronen, P. 2011. Potilasturvallisuus ja tiedonkulku: Haipro-vaaratapahtumien analyysi. Itä-Suomen yliopisto. Pro-gradu.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Luettu 28.2.2017.

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Mustajoki, P., Kinnunen, M., Aaltonen, L-M. 2014. Leikkaussalissa tapahtuu. Potilaan lääkäri. Julkaistu Lääkäri-lehdessä 18/2014. Luettu 28.2.2017.

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/leikkaussalissa-tapahtuu/>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Pirkanmaan erikoissairanhoidon strategia vuosille 2016 – 2025.

Pitkänen, A., Teuho, S., Ränkimies, M., Uustitalo, M., Oja, K., & Kaunonen, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevat tekijät. *Hoitotiede* 23 (3), 177-189.

<http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/26/3/laakehoi.pdf>

Polit, D & Beck, C. 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. Painos. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins.

Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorekoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro-millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007-2009? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. 127 (10): 1033-1040.

<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/10/duo99540>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkajulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto. (Viitattu 31.03.2016.) <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A-L. 2007. *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. Helsinki: WSOY.

Silvasti, T. 2014. Sisällönanalyysi. Teoksessa (Massa, I. Toim.) *Polkuja yhteiskuntatieteelliseen ympäristötutkimukseen*. Helsinki: Gaudeamus Oy. 33-48.

Tamminen, J., & Metsävainio, K-M. 2015. Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta. *Finnanest*. 48/2015 (4). Luettu 21.2.2017.

http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

Terveydenhuollon Oikeusturvakeskus. *Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset*. 2006. Lyhennelmiä terveydenhuollon kantelupäätöksistä. Dnro LLH-2006-01248 / So-38. 16.9.2006

http://www.valvira.fi/documents/14444/50159/lyhennelmia_th_kanteluista_2006.pdf

THL. 2013. Mitä potilasturvallisuus on? Perustietoa potilasturvallisuudesta. Potilasturvallisuutta taidolla.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/mita-on-potilasturvallisuus

THL. 2015. Vaaratapahtuman tunnistaminen. Luettu 16.10.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: Tammi.

Vänskä, J., Vainiomäki, S., Kaipio, J., Hyppönen, H., Reponen, J., & Lääveri, Tinja. 2014. Kerro, kysy, kuittaa - tiimityöllä potilasturvallisuutta. 43/2014 vsk 69 s. 2811 – 2812. Luettu 21.2.2017.

<http://www.laakarilehti.fi/arkisto/halytyskello-soi/kerro-kysy-kuittaa-tiimityolla-potilasturvallisuutta/>

LIITTEET

LIITE 1. Taulukko alkuperäisilmaisuista pelkistetyiksi ilmaisuiksi.

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetty ilmaus
Potilaalle laitettu kestopatetri ja ohjattu poisto viikon kuluttua omalle terveysasemalle. Potilasta ohjattu käymään aikaa varamatta katetrin poistoon. Potilas tulee katetrin poistoon perjantaina klo 11.20. Katetri jää potilaalle viikonlopun yli, koska aikaa ei enää perjantaille ollut.	Ohjauksen sisältö väärä. (Kirurgian poliklinikka)
Potilas siirtyi ensiavusta sydänvalvontaan. Lääkäri ei ollut sanellut teksteihin potilaan lääkitystä tai tarkastanut sitä Mirandan lääkitysosiin. Ajantasaista lääkitystä ei siis ollut lääkärin tarkastamana missään.	Hoitotiedon kirjaamatta jättäminen. (Valvontaosasto)
Kuntoutuja oli suihkussa ja haavaperhosia poskesta poistettaessa, posken leikkaushaava alkoi suihkuten vuotaa verta. Yritetty soittaa sekä TK-yht. päivystykseen hoitajan että lääkärin numeroon tuloksetta. Koettu turhaksi lähteä viemään kuntoutujaa päivystykseen, koska sama vuototilanne oli viikkoa aiemmin, jolloin ei päivystyksessä tehty asian suhteen mitään.	Hoitajaa tai lääkäriä ei tavoitettu puhelimitse (Päivystys, terveyskeskus)
Potilaan teksteissä oli päivystävä lääkäri kirjannut puhelun, jossa potilas soittanut tk-päivystykseen ja kertonut verensokerin olevan korkea ja lääkityksenä menevän Lantus 70 KY. Teksti joka potilaan kertomuksessa on, ei ole oikean potilaan kohdalle kirjoitettu. Kyseessä on virheellinen kirjaus sekä virheellinen potilas.	Kirjaaminen – hoidon jatkuvuus ei turvattu. (Päivystys, terveyskeskus)

Potilas tuli yöllä päivystyksestä ilman lähetteeseen merkittyä lääkelistaa. Soitettu ensiapuun, jossa tiedossa vain vuoden 2013 ajalta oleva lääkitys. Kertomusta selattaessa huomattu, että lääkitykseen tehty muutoksia, jotka eivät lääkelistassa näy.	Potilaan tiedoista löytyy virheellinen lääkelista (Päivystys ja ensiapu)
Potilas ollut toisessa sairaalassa, kontrolli pitänyt järjestää tähän yksikköön, lähetettä ei ole tullut, jonoon ei ole laitettu, eikä mitenkään muutenkaan asiasta informoitu. Ilman omaisen yhteydenottoa aikaa ei olisi osattu antaa.	Potilaalle ei ole tehty lähetettä, potilasta ei ole laitettu jonoon, eikä asiasta olla informoitu mitenkään (Kirurgian poliklinikka)
ATK-järjestelmä kaatui. Yökölle raportoinnit muistin varaista. Kirjaukset jäivät vaillinaisiksi. Potilastietojärjestelmään ei päästy lainkaan. Ei ennakkoilmoitusta katkoksesta.	ATK-järjestelmä kaatuneena, raportointi ja kirjaukset puutteellisia (Kirurgian osasto)
Lääkäri käynyt toteamassa kuolleeaksi hauturin tuoman vainajan. Hän ei pysty vainajan ulkonäön perusteella päättelemään kumpi tk-listalla olevista vainajista on kyseessä. Tässä vaiheessa lääkäri siis jo todennut vainajan kuolleeaksi ja lähettänyt tämän sairaalan obduktiolle ruumiinavaukseen.	Lääkäri ei pysty tunnistamaan vainajaa, vaikka lääkäri kuitenkin jo tunnistanut vainajan kuolleeaksi ja lähettänyt hänet obduktioon (Päivystys, terveystakeskus)
Potilas siirtymässä toisesta sairaalasta toiseen sairaalaan. Potilaasta ei ole kirjattu riskitietoja, pysyväistietoja, yhteenvetopäivää sovitulla tavalla.	Potilaasta ei ole kirjattu riskitietoja, pysyväistietoja tai yhteenvetoa sovitulla tavalla (Sisätautien vuodeosasto)
Lääkäri on määrännyt lääkemuutoksia ja verikokeita otettavaksi potilaasta iltapäivällä. Tieto määräyksistä ei ole ollut hoitajilla. Yöhoitaja tehnyt lääkemuutoksen ja jakanut lääkkeitä uuden lääkelistan mukaisesti viikon kerralla. Jos viikkodosetin jako	Lääkärin määräykset lääkemuutoksista eivät välittyneet hoitajille (Kirurgian osasto)

<p>olisi ollut esimerkiksi tiistaina, potilas olisi saanut vääriä lääkkeitä 5 vuorokautta. Heva-hoitajan mukaan lääkäri on tietoinen, että heva-hoitajilla ei ole samaa potilastietojärjestelmää.</p>	
<p>Toinen osasto ilmoitti siirtävänsä meille potilaan, josta ei oltu ilmoitettu meille etukäteen mitään. He ilmoittivat, että potilasta on jo lähdetty siirtämään, ohjatkaa oikealle osastolle.</p>	<p>Potilasta lähdetty siirtämään osastolle ilman vastaanottavan osaston tietoisuutta asiasta (Kirurgian osasto)</p>
<p>Potilas siirtyi jatkohoitoon ja missään potilaan siirtotiedoissa ei ollut mainintaa potilaan aiemmin saamista Marevan-annoksista. Potilaan Marevanhoito ei ollut hoitotasolla potilaan siirtyessä.</p>	<p>Potilaan Marevanhoito ei ole hoitotasolla, eikä missään ole tietoa aiemmista Marevan-annostuksista (Sisätautien vuodeosasto)</p>
<p>Potilas valmisteltiin viiltovalmiiksi leikkausta varten klo 8.30 ja toimenpidelääkäri saapui saliin klo 9.10. Potilas oli turhaan nukutettuna 40 minuuttia ylimääräistä. Leikkausosastolla oli tietoa että lääkäreillä ei enää ole meetingejä. Toimenpidelääkäri oli kuitenkin ollut toisessa sairaalassa meetingissä aamulla.</p>	<p>Toimenpidelääkäri myöhässä, koska oli ollut kokouksessa, potilas nukutettuna 40 min ylimääräistä. (Leikkausosasto)</p>
<p>Potilaan lääkitys hieman epäselvä.</p>	<p>Lääkitys epäselvä (Päivystys, terveystakeskus)</p>
<p>Potilaalle aloitettu i.v –antibiootit päivystyksessä. Pegasoksessa ei minkäänlaisia tietoja, miksi potilas tulee ja kuinka kontrollit? Reseptiä eikä sairaslomalappua potilas ollut saanut.</p>	<p>Potilaasta ei ole kirjattuna hoitoon tuloa syytä tai kontroleja, potilas ei ole saanut reseptiä eikä sairaslomaketta (Päivystys, terveystakeskus)</p>
<p>Potilas tuli päivystyksestä ilman kunnollista lääkelistaa.</p>	<p>Ei kunnollista lääkelistaa (Päivystys, terveystakeskus)</p>

<p>Kesken leikkauksen huomattiin, ettei käytössä ollut pora soveltunutkaan ko leikkaukseen ja jouduttiin tilaamaan toinen pora toisesta sairaalasta taksilla, koska leikkausosaston omat porat oli sinä päivänä käytetty eikä omaa välinehuoltoa ole. Ennalta ei kirurgilla ollut tiedossa mitä välineitä leikkausosastolla on käytössä. Hoitotiimillä ei myöskään ollut ennalta täysin tiedossa, mitä välineitä toimeenpiteessä tullaan tarvitsemaan.</p>	<p>Toimenpiteeseen soveltumaton pora (Leikkausosasto)</p>
<p>Tietoliikennejärjestelmät kaatuivat. Päivystyksessä ei päästä potilastietojärjestelmään kirjaamaan tai katsomaan potilastietoja. Puhelinverkko kaatui, jonka vuoksi sairaalassa toimivat ainoastaan ulkopuhelut, sisäiset numerot eivät ole käytössä.</p>	<p>Tietoliikenne- ja sisäisen puhelinjärjestelmä (Päivystys ja ensiapu)</p>
<p>Vesirokkoisen lapsen äiti oli soittanut yhteispäivystykseen kun lapsella silmässä vesirokkonäppylää. Äidille ei oltu kerrottu, että hänen pitäisi autosta soittaa kun päivystykseen on saapunut, jotta hoitaja voisi tulla ulos vastaan ja ohjata eristyshuoneeseen suoraan. Äiti oli käynyt istumaan pääaulaan ja ottanut vuoronumeron. Triagehoitajalla ei edes tietoa että vesirokkoinen lapsi tulossa.</p>	<p>Potilaan omaista ei oltu ohjeistettu oikein tilanteen vaatimalla tavalla (Päivystys, terveyskeskus)</p>
<p>Potilas ilmoitettiin osastolle, mutta ei mainittu eristystarpeesta. Potilas kertoi matkalla osastolle, että hänellä on eristystä vaativa tartunta. Potilas oli kertonut asiasta ambulanssissa, terveyskeskuksen päivystyksen potilaspapereissa ei ollut mainintaa asiasta. Ambulanssikaavakkeessa oli maininta tartuntavaarasta.</p>	<p>Potilaan eristystarvetta ei oltu kirjattu potilaspapereihin (Päivystys, terveyskeskus)</p>

<p>Potilas soittaa, ollut muutama kuukausi sitten osastolla potilaana, lääkäri sanellut tekstin että ei kiireellinen lähete kardiologille tutkimuksiin. Lähetettä ei ole tehnyt lääkäri eikä myöskään tekstin purkanut os. sihteeri. Luvattu potilaalle laittaa teksti sydänpolille kiireellisenä.</p>	<p>Lääkärin sanelua ei oltu purettu, eikä näin ollen potilaan lähetettä koskaan lähetetty (Päivystys, terveystakeskus)</p>
<p>Toisesta sairaalasta soitettu potilaan vaatteiden perään. Potilas ollut yöpäivystyksessä ja kotiutunut ensiavusta vastaanotolle. Vaatteet siis jääneet ensiapuun. Nyt potilas kotiutumassa ja vaatteita ei ole. Hoitaja vaatii, että ensiavusta pitää lähettää potilaan vaatteet taksilla vuodeosastolle. Keskusteltu, että näitä ei meidän toimesta ole lähetetty vaan potilas itse tai omaiset huolehtivat jääneet tavarat oikeaan osoitteeseen, mutta hoitaja ehdoton asian suhteen. Vaatteet nyt lähetetty taksilla kerta-kortilla.</p>	<p>Potilaan vaatteet jääneet ensiapuun, erimielisyyksiä kenen vastuulla asia on (Päivystys ja ensiapu)</p>
<p>Potilas tullut osastolle vajavaisin tiedoin. Potilas omaisten kertoman mukaan allergi-nen joillekin lääkkeille, pesuaineille ym. Tästä kaikesta ei osastolla ollut tietoa. Nyt osastolla ollessaan saanut allergisen reaktion antibiootista.</p>	<p>Potilaan allergiat eivät olleet tiedossa, potilas saanut allergisen reaktion osastolla ollessaan (Päivystys, terveystakeskus)</p>
<p>Potilas tuotiin ensiavusta osastolle. Potilaasta ei ollut tiedostoissa mitään vuorokausikohtaisia tietoja, ei luotua hoitopäivää, vaikka potilas oli ollut jo ensiavussakin pari vuorokautta. Lääkelistan kerrottiin olevan tarkastettu, mutta lääkelista ei kuitenkaan täsmännyt. Verikokeet oli määräyskentän mukaan tilattu ke aamuksi, mutta näytteitä ei koskaan otettu.</p>	<p>Potilaasta ei ollut mitään kirjauksia, eikä lääkelista täsmännyt vaikka potilas oli ollut hoidossa jo pari päivää (Sisätautien vuodeosasto)</p>

<p>Toisesta sairaalasta eilen osastollemme siirtyneellä potilaalla ei ollut potilasranneketta. Potilas itse kertonut, että potilasranneke olisi poistettu häneltä jo toisessa sairaalassa. Syy jäänyt epäselväksi.</p>	<p>Potilaalla ei ollut potilasranneketta (Sisätautien vuodeosasto)</p>
<p>Potilaalla peg-letku irronnut osastolla ilta-vuorossa. Potilaasta oli soitettu yhteispäivystykseen heti, jotta peg-letku saataisiin laitettua takaisin. Klo 21.30 yhteispäivystyksestä soitettiin, että potilaan voisi viedä ensiapuun peg-letkun asennukseen. Ensivussa ei kuitenkaan ollut tietoa, että peg-letkun asennus olisi tehtävä ja annettiin ymmärtää, että potilasta ei sinne nyt oteta. Yhteispäivystyksessä uudelleen asioidessamme, vuorossa oleva lääkäri tuli siihen tulokseen, että potilas tulkoon seuraavana aamuna klo 8 peg-letkun vaihtoon. Yövuorossa oleva lääkäri ensiavun puolelta ei ollut kuulemma ennen laittanut peg-letkuja ja ilmeisesti siksi päädyttiin tähän ratkaisuun.</p>	<p>Potilaan pompottelu puutteellisen informaation takia (Päivystys, terveystakeskus)</p>
<p>Potilas siirtyi ensiavusta CCU:lle. Kotilääkitys lääkärin tekstin mukaan lääkelistalla. Lääkelista ei kuitenkaan täsmää potilaan kertoman kanssa. Läheteessä ei lääkelistaa, mukana ei lääkelistaa.</p>	<p>Lääkelista ja potilaan kertoma lääkitys poikkeavat toisistaan (Valvontaosasto)</p>
<p>Potilas siirtyi päivystyksestä tk-sairaalaan jatkohoitoon ilman epikriisiä. Epikriisin perään soitettiin siirtopäivänä. Nyt 2.2 epikriisiä ei edelleen ole käytettävissä. Hoitavalla taholla ei siis ole tietoa hoidettavasta potilaasta tai sairaudesta sen tarkemmin.</p>	<p>Potilaan epikriisi puuttunut jo pitkään, hoitotaholla ei siis tarkempaa tietoa potilaasta tai hänen sairauksistaan (Päivystys, terveystakeskus)</p>

<p>Poliklinikan lähetepotilaat kutsutaan täältä osastolle. Hyväksytyissä läheteissä potilas joka tulisi kutsua osastolle. Potilaalle soitettu ja potilas kertoi, että on jo huomenna sovitusti tulossa. Asia siis hoidossa, mutta tästä ei missään kirjausta, varausta ei tehty osastolle eikä lähetettä suljettu.</p>	<p>Potilaan kanssa sovittu hänen saapumisesta osastolle jo aiemmin, mutta tästä ei kuitenkaan mitään kirjauksia (Sisätautien poliklinikka)</p>
<p>Potilaalle ei ole tehty hoitajan toimesta Y-lehteä tai minkäänlaista yhteenvetoa sairalahoidosta. Riskitiedot ja pysyväistiedot päivittämättä. Ei ole noudatettu kirjausohjeita.</p>	<p>Potilaan yhteenvetoa ei ole tehty, riskitiedot ja pysyväistiedot päivittämättä (Valvontaosasto)</p>
<p>Potilaan lääkitys tarkistamatta ja ei oltu laitettu lääkesovellukseen. Potilaan läheteessä oli Hydrocortison 7,5 mg lääke. Tämä lääke puuttui lääkesovelluksesta ja potilas käyttää lääkettä 5 mg x 1.</p>	<p>Potilaan lääkitys tarkistamatta, jonka takia potilas käyttää väärän vahvuista lääkettä (Päivystys ja ensiapu)</p>
<p>Väärinymmärryksen seurauksena potilas saanut magnesiumsulfaattia, vaikka tarkoitus oli antaa lääkettä tarvittaessa kääntyvät kärjet-rytmihäiriöön. Lääkäri ei ollut tehnyt kirjallista lääkemääräystä, hoitaja tehnyt määräyksen luullen sitä suulliseksi määräykseksi, mikä oli unohtunut kirjata. Tässä tapauksessa hoitaja kuunteli määräyksen huonosti eikä huomioinut sitä ettei lääkkeestä ollut kirjallista määräystä.</p>	<p>Väärinkäsitys potilaan lääkehoidosta, kirjalliset ohjeet puuttuivat (Valvontaosasto)</p>
<p>Potilas kertoi, että hän oli tulossa suoraan työterveyshuollon vastaanotolta ja TTH:n lääkäri oli luvannut tehdä sähköisen päivystysläheteen ensiapuun. Potilas ei ollut saanut paperista versiota mukaan. Päivystysläheteä ei Oberonilla näkynyt. Hetken odottelun jälkeen sihteeri otti esille potilaan henkilötunnuksella potilaan kaikki</p>	<p>Potilaan lähete oli vahingossa tehty väärään paikkaan (Päivystys ja ensiapu)</p>

saapuneet lähetteet. Kävi ilmi, että päivystyslähete olikin jo siirretty hyväksyttäväksi kirurgian pkl:lle. Sihteeri tulosti siirretyn lähetteen ja otettiin potilas hoitoon vaikka lähete oli siirretty toiseen sairaalaan. Lähetettä ei enää saatu takaisin näkymään tämän sairaalan järjestelmässä, sihteeri kirjoitti lähetteen toimintaohjeisiin tiedoksi toisessa sairaalassa lähetettä käsittelevälle, että potilas on hoidettu tässä sairaalassa ja että lähete ilm. vahingossa laitettu toiseen sairaalaan hyväksyttäväksi.	
Potilas siirretty osastolle punasolutiputukseen. Potilaan lääkitystä ei oltu tarkistettu koneella ja laitettu ajantasalle. Terveyskeskuspäivystyksessä aloitettu antibiootti. Tätä ei oltu viety lääkesovellukseen potilaan siirryttyä esh-puolelle. Potilaan tuloteksti sanelematta. Hoitosuunnitelma tekemättä. Verikokeet ohjelmoimatta.	Potilaan lääkitys ei ollut ajantasainen, lääkesovelluksesta puuttuu lääkkeitä, tuloteksti sanelematta, hoitosuunnitelma tekemättä ja verikokeet ohjelmoimatta (Päivystys ja ensiapu)
Dialyysi-potilaalle tullut neljänviljanpuuroa ja toiselle potilaalle ruisleipää. Hemo-dialyysiruokavalio.	Potilaalle ruokavalion vastainen ateria (Sisätautien vuodeosasto)
Miranda ei toimi. Potilaiden tietoja ei saada.	Tietojärjestelmä kaatuneena (Kirurgian osasto)
Vac laite hälytti ”akun virta vähissä”, virtajohto ei potilashuoneessa. Sen pitäisi aina kulkea laitteen mukana, jottei hoito keskeytyisi.	Hoitolaitteen virtajohto hukassa ja akku vähissä (Leikkausosasto)
Potilas saapui vuodeosastolle päivystyksestä ilman lääkelistaa	Potilas tullut osastolle ilman lääkelistaa (Päivystys ja ensiapu)
Läakelista oli tarkastamatta eikä ollut ajan tasalla	Virheellinen lääkelista (Päivystys, terveyskeskus)

Aamulääkkeiden jaon yhteydessä huomattiin, että yhdellä potilaalla oli väärä potilasranneke	Potilaalla väärä potilasranneke (Sisätautien vuodeosasto)
Taksikuski jää odottamaan potilaan kanssa ja antaa kuoren kertoen ettei mitään muuta mukaan annettu kun kysyin lähetettä	Potilaalla ei ollut mukana lähetettä (Päivystys ja ensiapu)
Potilas saapui osastolle ilman minkäänlaista epikriisiä	Epikriisi puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Potilas siirtynyt jatkohoitoon vuodeosastolle ilman kirjoitettua epikriisiä	Epikriisi puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Lääkärin sanelu jäänyt purkamatta	Sanelu purkamatta (Päivystys ja ensiapu)
Käyty iltavuoron sihteeriltä kysymässä oliko tieto tekstistä siirtynyt, hänellä ei ollut mitään tietoa asiasta	Sihteerillä ei tietoa tekstin siirtymisestä (Päivystys ja ensiapu)
Tukitanko suihkuutilassa oli ollut rikkoutuneena jo viikko sitten edellisen tapahtuman johdosta	Tukitanko suihkuutilassa ollut rikki jo viikon (Sisätautien vuodeosasto)
Potilaan mukana osastolle tuli ainoastaan lääkärin teksti, jossa kerrottiin epikriisin olevan saneltu, tulee perässä	Epikriisi puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Kotilääkkeistä ei meillä vuodeosastolla mitään tietoa!	Kotilääkityksestä ei mitään tietoa (Päivystys ja ensiapu)
Lääkäri ei pysty tekemään itsenäisesti saneluita, reseptejä, sairaslomatodistuksia, läheteitä	Lääkäri ei pysty tekemään työtehtäviään (Päivystys, terveyskeskus)
Omahoitaja ei kuitenkaan informoinut potilaan tilasta mitään muille hoitajille	Hoitaja ei informoinut potilaan tilasta mitään muille (Päivystys ja ensiapu)
Jossain kohtaa potilas oli menehtynyt, mitä omahoitaja ei kertonut muille vuoron hoitajille, vaan asia tuli ilmi kysyttäessä lääkäriltä ketä hän seuraavaksi katsoo	Hoitaja ei ollut informoinut kollegojaan potilaan menehtymisestä (Päivystys ja ensiapu)

Suunniteltu lääkäri sairastunut, tilalle tullut lääkäri ei tiennyt, että tarvitsee tulla klo 8	Lääkäri ei tiennyt milloin pitäisi saapua paikalle (Päivystys, terveystakeskus)
Osastojen aamunäytteenottoa hoitavaa perushoitajaa ei ollut järjestetty viikonlopulle lainkaan. Tästä ei ollut laboratoriossa mitään tietoa, osastokiertäjää ei vain ilmestynyt aamun aikana paikalle	Aamunäytteenottoa ei oltu järjestetty viikonlopulle, tästä ei oltu tietoisia laboratorioissa (Sisätautien vuodeosasto)
Ketään ryhmään jääneistä hoitajista ei oltu kuitenkaan suunniteltu tilalle kiertoa tekemään	Hoitajia ei oltu suunniteltu tekemään kiertoa (Sisätautien vuodeosasto)
Vuoron vaihduttua ei lainkaan kirjauksia, eikä myöskään lääkärin sanelua	Vuoron vaihdon jälkeen ei kirjauksia (Päivystys ja ensiapu)
Hoito haastavaa, koska ei mitään merkintöjä tapahtumista iltavuoron jälkeen	Iltavuoron jälkeisistä tapahtumista ei mitään kirjauksia (Päivystys ja ensiapu)
Salissa jäänyt tarkistuslistan lopputarkistus tekemättä ja siten kirurgin ohjeet marenin aloituksesta jäivät saamatta	Leikkauksen lopputarkistus jäänyt tekemättä, lääkärin jatkohoito-ohjeet jäi saamatta (Leikkausosasto)
Lopputohinaassa tarkistuslistan läpikäyminen unohtunut	Tarkistuslistan lopputarkistus unohtunut (Leikkausosasto)
Mitään lääkärintekstiä ei ole annettu mukaan, ainoastaan hoitajan lyhyt kirjallinen raportti	Mukana vaain hoitajan lyhyt kirjallinen raportti, lääkärinteksti puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Potilasta ei oltu kirjattu (PEAn) osaston potilaaksi	Potilasta ei oltu kirjattu osastolle (Päivystys ja ensiapu)
Keltainen seurantalomake potilaasta oli, mutta siinä ei ollut merkintöjä (PEA:sta) osastosta	Seurantalomakkeesta puuttui osasto (Päivystys ja ensiapu)
Yöhoitaja ei ollut tehnyt asianmukaista kirjausta hoitopaikan siirtymisistä	Puutteelliset kirjaukset hoitopaikan siirtymisistä

	(Päivystys ja ensiapu)
Näihin arvoihin ei oltu potilaan ja läheisten kertoman mukaan reagoitu mitenkään	Potilaan näyttöiden arvoihin ei reagoitu (Päivystys ja ensiapu)
Anestesiahoitaja pyytää sairaanhoidon-opiskelijaa antamaan lääkkeen eikä tarkista opiskelijalta minkä ruiskun tämä ottaa	Hoitaja ei tarkistanut opiskelijan toimintaa (Leikkausosasto)
Opiskelija antaa erehdyksessä 0,2mg Rapi-fenia iv	Annettu väärä lääke (Leikkausosasto)
Vasta heräämössä virhe huomataan	Virhe huomattu myöhemmin (Leikkausosasto)
Omahoitaja poistunut työpisteestä kesken työpäivän. Päivälääkkeet antamatta. Aamu Klexanen antoa ei ole kirjattu	Hoitaja poistunut työpisteeltään, päivälääkkeet antamatta ja kirjaukset tehty puutteellisesti (Kirurgian osasto)
Potilas käynyt toisen sairaalan haavakontrollissa aamulla eikä käytettävissä ole vielä iltapäivällä minkäänlaista tekstiä potilaan hoidosta	Potilaan hoitokäynnistä ei tekstiä saatavilla (Kirurgian poliklinikka)
Se oli tehty erillisen ohjeen mukaan ja ohjelmoitu annettavaksi kahdesti päivässä, vaikka tarkoitus oli, että lääke annetaan vain kerran	Lääke ohjelmoitu menemään jatkuvana kerta-annoksen sijaan (Sisätautien vuodeosasto)
Potilas oli ehtinyt saamaan lääkkeen perjantaina, lauantaina ja sunnuntaina aamulla. Lääkemääräys oli tehty väärin jatkuvana lääkityksenä, vaikka olisi pitänyt tehdä kertamääräyksenä, eikä lääkitystä ollut tarkastettu potilaan siirtyessä laitoksesta toiseen	Potilas saanut lääkettä kolmena päivänä kerta-annoksen sijaan, lääkemääräys oli tehty väärin eikä sitä oltu tarkastettu (Sisätautien vuodeosasto)
Lääkityksen virheellisyyttä ei huomattu heti	Lääkityksen virheellisyyttä ei huomattu heti (Sisätautien vuodeosasto)

Potilaan laboratorioarvoja ei ehditty tarkastamaan	Laboratoriotuloksia ei ehditty tarkastamaan (Sisätautien vuodeosasto)
Päivystyksestä tulleella potilaalla ei kunnon lääkemääräystä	Potilaalla ei kunnon lääkemääräystä (Päivystys, terveyskeskus)
Lääkkeiden nimet oli muttei minkä vahvuuksia tai määriä	Lääkkeiden vahvuuksia tai määriä ei oltu kirjattu (Päivystys, terveyskeskus)
Antibioottia ei ollut kuitenkaan määrätty, joten potilas ei kyseistä suun kautta otettavaa profylaksiaa saanut	Lääkemääräys puuttui, potilas ei saanut lääkettä (Leikkausosasto)
Huomattu potilaan kädessä väärän potilaan ranneke	Potilaalla väärä potilasranneke (Dialyysi)
Kukaan, ei lääkäri eikä hoitaja tiedä potilaasta mitään, mukana ainoastaan lappu jossa lukee potilaan nimi (ei hetua)	Kukaan ei tiedä ko. potilaasta mitään, paitsi hänen nimen (Gastroenterologian poliklinikka)
Tästä syystä voipunut asiakas joutui yöpymään asuntolansa käytävillä koska ei päässyt sisään	Asiakas yöpynyt asuntolansa käytävässä (Päivystys, terveyskeskus)
Muistisairautta sairastava yksin asusteleva vanhusasiakas kotiutuu taksinkuljettajan saattamana, puutteellisine ohjein	Potilas kotiutuu, saattajalla puutteelliset ohjeet (Päivystys, terveyskeskus)
Potilas tullut osastolle puutteellisin tiedoin. Oikea varsinainen lähete löytyi etsinnän jälkeen kertomuksesta, jossa varsinaiset hoito-ohjeet olivat	Lähete löytyi etsinnän jälkeen, jossa hoito-ohjeet (Päivystys, terveyskeskus)
Lääkkeen vahvuus myös jätetty hoitajan selvitettäväksi lääkärin ohjeella	Hoitaja joutunut itse selvittämään lääkkeen vahvuuden (Päivystys, terveyskeskus)
Potilas vahingossa siirretty vuodeosastolle, josta pari tuntia myöhemmin ilmoitettu että potilas ei ole paikkakuntalainen	Ulkopaikkakuntalainen potilas siirretty vahingossa osastolle (Päivystys ja ensiapu)

Lääkkeitä ei ole tarkastettu ja lääkäri ei ole tehnyt koneelle mitään määräyksiä	Lääkkeet tarkastamatta ja määräykset tekemättä (Päivystys ja ensiapu)
Hän on uusi, ihmettelee kuuluuko lääkärin päivystystyöhön lääkkeiden tarkastus	Puutteellinen tieto omasta työnkuvasta (Päivystys ja ensiapu)
Potilaan hoitaminen hankalaa kun ei ajantasaista lääkitystä ja hoitomääräyksiä	Ei ajantasaista lääkitystä tai hoitomääräyksiä kirjattuna (Päivystys ja ensiapu)
Potilas tuotiin mutta ilman epikriisiä ja selkeää lääkelistaa	Epikriisi ja selkeä lääkelista puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Lääkäri sanoi että epikriisi ja lääkelista tulevat koneelle kun osastosihteeri tulee töihin aamulla	Epikriisi ja lääkelista saadaan tietojärjestelmään vasta aamulla (Päivystys ja ensiapu)
Marevan annos merkitty paperilapulle milligrammoina	Virheellinen lääkemäärän merkkäminen (Sisätautien vuodeosasto)
Kaikkien lääkkeiden annokset olivat milligrammoina	Virheellinen lääkemäärien merkkäminen (Sisätautien vuodeosasto)
Epikriisin lääkelistasta sekä lääkesovelluksesta puuttunut 3 lääkettä, yhden lääkkeen annos pienempi ja 2 ylimääräistä lääkettä	Virheellinen lääkelista (Päivystys ja ensiapu)
Potilaan lääkelistaa ei ole tarkistettu potilaan saapuessa osastolle	Läakelistaa ei ole tarkastettu (Päivystys ja ensiapu)
Potilas saanut hoidon ajan (7 päivää) tarkistamattoman lääkelistan mukaisesti lääkkeit	Potilas saanut viikon tarkistamattomat lääkkeet (Päivystys ja ensiapu)
Osastolle saapui potilas yöllä ilman epikriisiä ja lääkekorttia	Epikriisi ja lääkelista puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Kirjattuani potilaan osastolle, tarkistan pegasoksesta lääkitystä, siinä kuitenkin erilainen lääkelista	Potilaan tiedoissa erilainen lääkelista (Päivystys ja ensiapu)
Kolmen tunnin kuluttua lääkelistaa ei ole tullut	Läakelistaa ei ole tullut (Päivystys ja ensiapu)

Puhelimeen vastannut hoitaja ei esitellyt itseään	Hoitaja puhelimesta ei esitellyt itseään (Päivystys ja ensiapu)
Turvapainikehälytys välittyi kuitenkin ai-noastaan ensiavun 1. dectiin eikä kaikkiin puhelimiin	Turvapainikehälytys ei toimi niin kuin pi-täisi (Päivystys, terveyskeskus)
Lääkettä ei ole pystytty tilaamaan, koska päivystävällä lääkärillä ei e-medi tunnuk-sia	Lääkärillä ei tarvittavia tunnuksia (Kirurginen osasto)
Tiistai aamuna yritetty saada lääkäriä hy-väksymään lääketilaus, mutta sairaalassa ei arkipäivänä aamulla ole ollut lääkäriä, kellä olisi e-medi tunnukset	Paikalla ei ollut lääkäriä jolla olisi tun-nukset lääketilausta varten (Päivystys ja ensiapu)
Tietoa siirtyvästä potilaasta ei ollut kum-mallakaan osastolla	Tieto siirtyvästä potilaasta puuttuu osas-toilta (Päivystys ja ensiapu)
Tarkempia ohjeita lääkäri ei kuitenkaan toimittanut ensiapuun eikä päivystävälle lääkärille	Lääkäri ei toimittanut tarkempia ohjeita (Päivystys ja ensiapu)
Kaikki edellämainitut lääkkeet olivat rin-nakkaisvalmisteita, joiden kaikkien tuskin kuuluu mennä yhtäikää	Monta yhtäikää menevää rinnakkaisval-mistetta (Päivystys, terveyskeskus)
Lääkelista päivittämättä jo alkujaan ter-veyskeskuksen vastaanoton lääkäreillä	Lääkelista päivittämättä (Päivystys, terveyskeskus)
Potilas saapui ambulanssilla sairaalan en-siavusta. Voimassa oleva lääkelista puuttu-nut	Ajantasainen lääkelista puuttuu (Päivystys ja ensiapu)
Tätä ei kuitenkaan tekstistä poiketen ollut annettu	Virheellinen tieto lääkkeenannosta teks-tissä (Sisätautien vuodeosasto)
Lääkkeenanto merkintää ei kuitenkaan lää-kesovelluksesta löytynyt	Lääkkeenantomerkintä puuttui (Sisätautien vuodeosasto)
Kommootioseurantapotilaasta siis puuttui-vat verenpaine- ja muu seuranta, ei herä-telty, ei tajunnantason seurantaa	Seurantapotilaalta puuttui tärkeät seuran-tatoimet (Päivystys ja ensiapu)

<p>Innohep-määräys oli vain potilaan leikkauskertomuksessa</p>	<p>Lääkemääräys kirjattu vain leikkauskertomukseen (Leikkausosasto)</p>
<p>Potilaalle määrätty Zinacef 1,5g x 3 sekä Caprilon 1g x 3, joita ei oltu viety suoraan lääkeosioon josta olisi voitu normaalisti viiveettä ohjelmoida annostukset. Asiasta soitettu Heräämöön, paikalla ei ollut ketään joka olisi asiaan kantaa ottanut</p>	<p>Lääkemääräykset kirjattu väärin, eikä kukaan ota kantaa asiaan (Leikkausosasto)</p>
<p>Päiväpäivystyksestä yhteispäivystykseen siirtyviä potilaita käännytetty. Käsketty tulemaan omaan päivystykseen aamulla. Toiset jonottaneet jo päiväpäivystyksessä useamman tunnin ja illalla heitä ei ole otettukaan vastaan, jolloin joutuneet tulemaan jälleen jonottamaan päiväpäivystykseen.</p>	<p>Potilaat jonottaneet päivystykseen turhaan useita tunteja (Päivystys, terveyskeskus)</p>
<p>Yövuoroon tullessa noin 15 potilasta listalla. Kaikki potilaat olivat raskashoitaisia. Kiireellistä hoitoa tarvitsevat potilaat joutuivat odottamaan lääkärin arviota ja hoitoa liian kauan. Hoitajamitoitus oli myös liian vähäinen. Kaksi sissiä joiden ohjaus vei runsaasti aikaa.</p>	<p>Kiireellinen vuoro ja riittämätön hoitajamitoitus (Päivystys ja ensiapu)</p>